Курт Шнайдер

Клиническая психопатология

14-е неизменное издание
с комментариями Герда Хубера и Гизеллы Гросс
Издательство "Сфера" (перевод, оформление)

1999 год

СОДЕРЖАНИЕ:

КЛИНИЧЕСКАЯ СИСТЕМАТИКА И ПОНЯТИЕ БОЛЕЗНИ

I.

Понимание клинической психопатологии невозможно без уяснения двух вещей: 1) существуют психические аномалии — с одной стороны, как *аномальные разновидности психической сущности* и, с другой стороны, как *следствия болезней* (и пороков развития); 2) в этой второй подгруппе общепринятые диагностические понятия и наименования являются частично *соматологическими,* частично *психо(пато)логическими.* Диагностика здесь *двойственна.* Обе эти точки зрения должны найти выражение также в классификации клинических форм[1], если мы не хотим получить лишь познавательно-поверхностный, кажущийся порядок. Система клинической психопатологии является одновременно системой клинической психиатрии.

То, что психиатрическая систематика пользуется фактическим материалом как соматического, так и психопатологического характера, отмечалось, понятно, уже не раз. Категорически требовал двойной систематики KURTKLE, который, однако, не осуществил ее. От-

---

[1] Сама по себе эта точка зрения известна с древности. Еще в античные времена были известны психические расстройства при распознаваемых соматических заболеваниях, равно как и люди с нарушениями психики при отсутствии какой-либо очевидной соматической болезни.

дельные детали его опыта мы вынуждены были последовательно опровергнуть. Об одном доселе не известном нам проекте систематики F.HARTMANN'а упомянул недавно J.E.MEYER. Однако из-за полного расхождения в методологических и клинических воззрениях этот проект несопоставим с предлагаемыми здесь.

В своих соображениях мы опираемся на *“эмпирический дуализм”*. Это не означает определенной позиции в вопросе метафизического толкования взаимоотношений между телом и душой[2]. Даже не будучи в

---

[2] Так Шнайдер намечает, хотя и не совсем точно, свою философскую позицию. Словом “дуализм” обозначаются многие пары различных понятий, не связанных друг с другом: Декарт первым провел четкую терминологическую границу между пространственной и духовной действительностью. В немецкую философию ее ввел оказавший на нас большое влияние Христиан Вольф, которому принадлежит следующее определение (1734): “Дуалистами называют тех. кто допускает существование материальной и нематериальной субстанций”. Под “эмпирическим” вероятно, подразумевается то, что всякое познание должно основываться на чувственном опыте. То, что Шнайдер обозначает здесь как “эмпирический дуализм”, следовало бы, конечно, вслед за Кантом назвать “трансцендентальным дуализмом”, так как он содержит утверждение о возможной внечувственной достоверности вещей. Шнайдер делает из этой позиции теории познания, которая сама по себе не является необычной, в общем-то неубедительный вывод о возможности использования и другой системы понятий — в зависимости от того, идет ли речь о пространственной или духовной действительности. Впрочем, сам он не вполне последовательно придерживается этого вывода.

После данной бисекции по Декарту все равно существовала необходимость определить взаимосвязь между материальной и духовной действительностью, поскольку даже Декарт не отрицал, что таковая должна существовать. Он усматривал в шишковидной железе переход от одной действительности к другой. Анатом S.Socmmering находил такой переход только в полостях головного мозга. Шнайдер явно хочет обозначить любую подобную попытку как “метафизику”.

Это не обязательно явствует из только что определенной основы теории познания. То есть если что-то должно быть отнесено к пространственной действительности. то сообразно с этим оно должно было бы восприниматься чувствами. чего как раз нет при упомянутых психозах. Они определяются именно тем, что их можно воспринимать лишь духовно. Таким образом, отнесение этих психозов к пространственной действительности является умозрительным в смысле дефиниции Канта: “Теоретическое познание умозрительно, если оно восходит к такому предмету или таким понятиям о предмете, которых невозможно достичь опытным путем”.

метафизическом смысле дуалистами, в определенных случаях — например, при прогрессивном параличе — мы вынуждены говорить, что определенное изменение мозга “послужило причиной” деменции, или, по меньшей мере, — что деменция “соответствует” изменению в мозгу. Выразить эти взаимосвязи иным образом в самом деле вряд ли возможно, разве что каким-либо очень обстоятельным и довольно неестественным языком. С этим исходным пунктом тесно связано то, что при психозах, соматические причины которых неизвестны, одна из таковых постулируется гипотетически". Этот общепринятый эмпирический дуализм мы и берем, таким образом, за основу.

Мы приходим к следующей систематике:

I. Аномальные разновидности психической сущности:

Аномальные интеллектуальные способности
Аномальные личности
Аномальные реакции на события

II. *Следствия болезней* (*и пороков развития*)

1. Соматологическая (этиологическая) систематизация:	2. Психологическая (симптоматологическая) систематизация:	Течение:
Интоксикации Прогрессивный паралич		Острое: Хроническое:
Другие инфекции	Помрачение сознания	
Внутренние болезни	Снижение уровня личности (врожденное	

Пороки развития головного мозга Повреждения головного мозга Артериосклероз головного мозга Сенильные заболевания головного мозга Другие заболевания головного мозга Генуинная эпилепсия	недоразвитие личности) и деменция ?Циклотимия ?Шизофрения

В группе 1 тоже можно допустить физические причины или соответствия. Вполне имеет смысл, например, подумать об определенном конституционном физическом состоянии как о причине аномалии личности. Конечно, бессмысленно было бы, исходя из нашего подхода, искать причину в физическом, скажем, в том случае, когда человек реагирует на какое-либо событие с отчаянием. Но то, что вызванному психической причиной плохому настроению соответствует нечто в соматической области, видимо, можно себе представить. Следовательно, и в группе 1 с левой стороны можно допустить соматические факты. Но тогда следовало бы считать их морфологическими или функциональными вариациями, а не *болезнями,* — в принципе не чем иным, как примерно соответствующими нормальной психической жизни физическими процессами. Мы можем считать их полностью или частично вероятными,

признавать их в какой-либо форме, верить в сквозные соответствия или подвергать их сомнению. Чтобы предотвратить путаницу с болезнями, мы расположили группу 1 не в соответствии с группой 2, то есть не сдвинули клинические обозначения вправо, в ряд психологических фактов, и поставили слева, в ряду соматологической систематизации, два вопросительных знака. Это совершенно иная ситуация, чем в группе 2 — группе болезней с последствиями в психической области. В любом случае эта диагностика сама по себе двойственна.

Если необходимо найти строго научное обозначение того, что есть “психоз”, то мы могли бы сказать: любые и только психические аномалии, относящиеся к нашей группе 2, следовательно, “патологические”, что для нас включает также последствия пороков развития. То есть тогда сколь угодно сильная аномальная реакция на событие не была бы психозом, зато им являлось бы даже самое легкое изменение психики вследствие травмы головы или самая мягкая циклотимная депрессия. Это определение понятия “психоз”, вероятно, оказалось бы пригодным для того, чтобы заменить смутное обозначение психоза, руководствующееся чаще всего масштабами проявления, внешней необычностью или социологической точкой зрения. Но наименование любого болезненного расстройства психики психозом слишком противоречило бы общеупотребительной клинической лексике. По меньшей мере при непатологических психических расстройствах, какими бы “тяжелыми” они ни были, говорить о психозе не следует.

Еще несколько частных пояснений. Вероятно, очень немногие выраженные врожденные состояния слабоумия принадлежат к группе 1. Большинство, прежде всего тяжелые формы, являются следствием заболеваний — например, инфекций, травм головного мозга или пороков развития — и причисляются здесь к

состояниям недоразвития личности и приобретенного слабоумия. Однако так же, как аномальные личности — лишь вариации личностей, часто и дефекты интеллекта нужно рассматривать как всего лишь вариации интеллектуальных способностей. Когда речь идет о вариации в *большую* сторону, это очевидно для всякого. Такие вариации интеллекта мы и имеем в виду, говоря об аномальных интеллектуальных задатках.

Из числа аномальных личностей мы (всегда нечетким образом) выделяем в качестве *психопатических* те аномальные личности, которые сами страдают от своей ненормальности или от ненормальности которых страдает общество. При этом единственно существенным с научной точки зрения является понятие аномальной личности как одного из вариантов отклонения от среднего уровня. Аномальные жизненные инстинкты и наклонности, в частности, сексуальные, мы можем здесь признать за аномальную индивидуальность. (Иногда такие извращения бывают также следствием болезни например, энцефалита, так что в большинстве случаев можно говорить лишь об усилении или проявлении). Мы не выделяем также в отдельную группу *наркоманию* как явное выражение аномальных личностей и реакций на события. Ее психотические следствия относятся, конечно, к интоксикации, к следствиям заболевания.

К аномальным реакциям на события мы причисляем также *событийно-реактивные развития*[3]. Мы имеем в

[3] Сегодня лишь редко употребляемое в этом значении слово "развитие" (Entwicklung) восходит к К.Ясперсу (1910). В 1-м издании своей "Общей психопатологии" (1913) Ясперс дал ему довольно краткое пояснение: "Всё то, что мы называем развитием личности в противоположность процессу, имеет причину лишь в тех задатках, которые проходят свой жизненный путь без бросающихся в глаза эндогенных фаз и без непонятных перегибов, несущих с собой новое по мере достижения разных возрастов. Представим себе следующие моменты: 1. Задаток *растет,* развивается, подвергается постоянным изменениям с достижением различных возрастных периодов. 2. Этот

виду психические деформации, являющиеся следствием острых серьезных переживаний или же продолжительного воздействия этих переживаний.

Психические картины диагнозов — от “интоксикаций” до “генуинной эпилепсии” — как известно, неспецифичны. Вслед за BONHOEFFER'OM их часто называют “экзогенными типами реакций”, прежде всего их острые формы. Было бы справедливо причислить сюда и психотические картины эпилепсии. Однако выражение “экзогенные типы реакций” без достаточно подробного пояснения допускает ложное толкование, и поэтому его предпочитают избегать. Мы говорим о *соматически обусловленных психозах.* Острые и хронические картины в этих группах переходят друг в друга без четких границ.

Генуинная эпилепсия — это не этиологически ясное заболевание, а лишь неврологический синдром. Следовательно, она занимает особое положение по отношению к другим формам заболеваний. Однако для психологической систематизации это не является препятствием. С этой точки зрения она может считаться заболеванием с соматической этиологией.

Оба вопросительных знака слева от циклотимии и шизофрении означают не “ли?”, а “что?”. То есть вопрос здесь не в том, лежат *ли* в основе этих психопатологических форм заболевания, потому что иначе они не могли бы быть включены в категорию “следствия болезней”. По поводу “ли” будет еще идти речь ниже.

задаток находится в постоянном *взаимодействии* с *окружением* и приобретает особую форму благодаря своей *судьбе* с помощью многообразных механизмов (навыки, привычки и т.п.) и *понятным* для нас — при точном знании деталей — образом. 3. В частности, задаток — в соответствии со своим неизменным характером —*реагирует* на *пережитое,* перерабатывая его соответствующим образом. Мы можем различать возникающие таким образом взгляды, мнения, чувства, как например, озлобленность, гордость, сутяжничество, ревность Продукт этих трех моментов называют “развитием личности”. (*Выделено Ясперсом*).

Здесь же мы придерживаемся того постулата, что циклотимия и шизофрения являются психопатологическими “симптомами” неизвестных заболеваний. Если под “постулатом” понимается требование, то вместо этого лучше говорить “гипотеза”.

Поместив в соматическом ряду против циклотимии и шизофрении по *одному* вопросительному знаку, мы *не* имели в виду, что соматические причины каждой из этих форм заключаются в какой-то одной болезни. Это еще можно допустить при циклотимии, но никак не при шизофрении. Между обеими формами имеются — во всяком случае, в единственной известной нам психической картине — переходы, промежуточные случаи, что опять-таки позволяет сомневаться в возможности единой соматической основы также и циклотимии. До сих пор еще никому не удалось достаточно убедительно выделить из сферы этих “эндогенных психозов” какие-либо дополнительные типы[4]. На сегодняшний день дело здесь фактически обстоит так: *из числа психозов, соматическая основа которых неизвестна, вычитают более или менее типично циклотимные и остаток называют шизофрениями.* Все не подходящие к циклотимии признаки обобщают как шизофренические[5]. Нельзя указать ни на что, что повторялось бы во всех картинах, называемых нами сегодня шизофрениями, как общее. Этому не противоречит то, что при определенной психопатологической симптоматике по поводу тех или иных аномальных вариаций и циклотимных состояний можно сказать: это шизофрения. Но и *вне* этой симптоматики есть еще мно-

---

[4] Это критическое замечание относится прежде всего к “циклоидным психозам” школы Kleist-Leonhard, о которой ниже будет сказано подробнее.

[5] Это осталось господствующей точкой зрения шнайдсровской школы, однако ни в одной другой классификационной системе этого нет.

гое, что *также* является шизофренией. Течение болезни в различных случаях также не позволяет допустить принадлежность к одной группе.

Переходные состояния бывают также между острыми и хроническими психическими картинами при соматически объяснимых заболеваниях и шизофрениях, но не при циклотимиях, во всяком случае депрессивных. Разумеется, не всякое диффузно-депрессивное настроение можно назвать "циклотимным"[6].

Наша схема, как и любая система, имеет жесткую, застывшую структуру, тогда как картины, встречающиеся в жизни, часто обнаруживают очень сложное строение. Среди острых и хронических картин при объяснимых заболеваниях иногда встречаются (хотя и редко) также психозы, которые нельзя отнести к помрачению сознания, распаду личности и приобретенному слабоумию. Это прежде всего галлюцинозы или параноидные состояния при *ясном* сознании *без* распада личности или слабоумия. Наконец, бывают "переходные синдромы" (WIECK)[7] без помрачения сознания, которые, однако, из-за своей инволюции также не могут быть охарактеризованы как распад личности или слабоумие, прежде всего амнестический синдром. Вряд ли

---

[6] В этом состоит примечательное отличие от DSM IV, о чем далее будет говориться подробнее. Пока вкратце: в DSM IV и 1CD 10 не делается никакого различия между "депрессивным вообще" и "циклотимным".

[7] Понятие "переходные синдромы" (H.H.Wieck, 1956), которым одно время широко пользовались (и, конечно, много злоупотребляли), является групповым обозначением ряда ксспсцифичсских, соматически обусловленных психозов (в шнайдеровском смысле), общими признаками которых являются обратимость и отсутствие помрачения сознания. Сюда относят аффективные, амнестическис, аффективно-амнестическис, галлюцинаторные, параноидные, параноидно-галлюцинаторные синдромы. Возникновение той или иной картины зависит от тяжести соответствующего психоза. Степень тяжести позволяют более точно определить тесты Беккера. Различают легкий, среднстяжелый и тяжелый переходные синдромы.

их еще можно рассматривать как психозы в обычном смысле.

II.

В отличие от точки зрения о двойственности диагностики последствий заболеваний, которая не должна вызывать сомнений, разделение группы 1 и 2 может встретить возражения. Ведь тем самым психические аномалии делятся на непатологические и патологические. Поэтому мы должны более подробно остановиться на *понятии болезни,* но при этом речь может идти только о разъяснении нашего собственного понятия болезни, а не о полемике с другими вариантами.

Понятие болезни является для нас, именно в психиатрии, строго *медицинским*[8]. Болезнь как таковая существует только в телесном. И "болезненным" (патологическим) мы называем психически аномальное тогда, когда оно объясняется патологическими органическими процессами. Без подобного обоснования обозначение психической или чисто социальной необычности как "патологической" имеет значение лишь в качестве *картины,* то есть не представляет никакой познавательной ценности. Для медицины к "болезни" относится, помимо органических изменений, как правило, еще и критерий отсутствия хорошего самочуствия, в том числе угроза жизни. То есть медицина имеет дело в большинстве случаев не только с *чистым* понятием существования, но и, наряду с этим, с медицинским понятием *ценности*. Эти критерии, однако, в психиат-

---

[8] То, что здесь имеется в виду, сегодня было бы легче понять, если бы в этом месте говорилось о "биологическом" понятии болезни. В этом же самом значении в DSM IV употребляется слово "медицинский", когда речь идет о "медицинском факторе болезни".

рии неприменимы: многие душевнобольные не чувствуют себя плохо, некоторые — даже очень хорошо, и сущность большинства болезней, прежде всего — лежащих в основе эндогенных психозов, не связана с угрозой для жизни. Таким образом, в качестве понятия болезни в психиатрии остается только чистое понятие существования. "Патологическими" являются для нас психические расстройства, обусловленные органическими процессами, их функциональными последствиями и локальными остаточными явлениями. Следовательно, мы основываем понятие болезни в психиатрии исключительно на *патологических изменениях организма.* Общая патология не может сейчас дать однозначного ответа на вопрос, когда изменения организма следует называть патологическими, если она вынуждена отказаться от дополнительного учета упомянутой медицинской оценки. Это, однако, не может нам помешать придерживаться только что охарактеризованного понятия болезни как идеи.

Пороки развития мы можем, как уже говорилось выше, с точки зрения нашей концепции практически отнести к болезням.

Значение для психиатрии имеют в первую очередь пороки головного мозга — в частности, как причина некоторых форм врожденного слабоумия. Наряду с органическими пороками можно допустить также функциональные "пороки" — например, обмена веществ. В своей диагностической таблице мы относим их к "внутренним болезням". Можно ли на такие расстройства возложить в какой-то степени ответственность и за шизофрению, сказать пока невозможно из-за отсутствия каких-либо позитивных знаний. Одна лишь способность к мышлению не могла побудить нас внести в нашу таблицу напротив шизофрении или циклотимии что-либо подобное. Интерпретировать как "пороки раз-

вития” варианты телосложения и функционирования организма, возможно, соответствующие дефектам интеллекта и аномальным индивидуальностям, значило бы выйти за рамки всякого знания и даже всякого обоснованного предположения. Всюду, где мы говорим здесь о болезнях, подразумеваются также и пороки развития.

Патологические процессы, лежащие в основе циклотимии и шизофрении, нам неизвестны. Но то, что в их основе лежат болезни, является очень хорошо подкрепленным постулатом, весьма обоснованной *гипотезой.* Часто встречающаяся наследственность, связь с процессом деторождения, часто — общефизические изменения, бесспорный приоритет соматической (биологической — *прим. ред.*) терапии (при циклотимиях другой не существует) не так важны здесь, как следующие психопатологические факты: среди прочих симптомов встречаются и такие, которые не имеют аналогий в нормальной психической жизни и ее аномальных вариациях. Эти психозы в подавляющем большинстве не являются непосредственным следствием каких-либо событий, ни в коем случае не мотивированы ими в смысле реакции на событие. Но они прежде всего *нарушают цельность, смысловую закономерность, смысловую непрерывность жизненного развития.* С методологической точки зрения мы не можем более подробно остановиться на проблеме смысловой закономерности (или, в менее строгом смысле, *смысловых связей).* С большой статьей на эту тему выступил недавно KJSKER.

Разумеется, и всякая смысловая закономерность основывается на какой-либо непережитой и не могущей быть пережитой *подпочве* [9]. “Движения” этой подпоч-

---

[9] “Подпочва” (Untergrund) является у Шнайдера центральным понятием, которое разъясняется главным образом в настоящем тексте.

вы могут растягивать, напрягать, ослаблять, нарушать смысловую непрерывность — например, в определенные периоды развития (пубертат) или при некоторых расстройствах (подпочвенная депрессия), но они не разрывают ее, даже при психопатических масштабах. *Это делает только болезнь,* однако и это не обязательно, особенно в начале. Иначе как *образно* эти взаимосвязи вряд ли можно выразить.

Конечно, невозможно заставить кого-либо "поверить", что в основе циклотимий и шизофрении лежат заболевания и что они, следовательно, "патологичны". Можно сомневаться в этом постулате и отвергать его, опираясь при этом на тот странный факт, что психозы, поддающиеся соматическому обоснованию, почти сплошь выглядят совсем иначе, чем те, которые и по сей день такому обоснованию не поддаются. Чем это можно объяснить?

Следовательно, нашу систематику можно осудить как опрометчивую и догматичную. В самом деле: если

Тем не менее трудно сказать. что под ним понимает Шнайдер. Он называет такое нечетко сформулированнос им толкование "философским вопросом", находящимся вне постижения на опыте. Если исследовать контекст этого многократно встречающегося в дальнейшем понятия, то получается примерно такая картина: "подпочва" — это нечто лежащее в неопределенной глубине души, то, что само по себе не может переживаться человеком, т.е. восприниматься посредством интроспекции. "Подпочва" является эндогенной, что в данном контексте означает отсутствие влияния на нее переживаний. Тем не менее она подлежит колебаниям — тем эндогенным "колебаниям подпочвы", причину которых распознать невозможно. Нормальное ("среднее") настроение или его колебания объясняются колебаниями подпочвы. Однако нельзя сказать, что она совершенно не поддастся воздействию, так как на нес могут влиять физическое самочувствие, сон, еда, возбуждающие средства, музыка. С другой стороны, из "подпочвы" могут "свободно возникать" настроения, мысли, страхи, навязчивые состояния, переживания отчужденности, влечения или торможение влечений. Шнайдер подчеркнуто дистанцпрустся от представления, что "подпочва" может быть чем-то подобным бессознательному. Из подпочвы могут "возникать" необъяснимые "подпочвенные депрессии", которые, впрочем, подробнее обсуждаются в одной из последующих глав.

строго придерживаться того, *что реально известно,* то система должна выглядеть иначе, то есть примерно так:

I. Аномальные разновидности психической сущности.

II. Психотические аномалии психики:

1) поддающиеся соматическому обоснованию

2) не поддающиеся соматическому обосновнию.

(II.1 должно оставаться двойственным).

То есть в этом случае не следовало бы придерживаться нашего понятия психоза, которое ориентируется непременно на болезнь, даже если бы мы не знали ему замены. И понятие болезни, *само по себе* оставшееся неизменным, в возможностях своего применения было бы так сужено, что, например, для судебной экспертизы стало бы непригодным. Ибо что делать в суде с понятием болезни, не включающим в себя эндогенных психозов? Уже сам этот "постулат" — вещь щекотливая.

Чем "были бы" тогда эти соматически не обусловленные психозы? От их иного толкования — как событийно-реактивных развитий, как "неврозов" — и зачисления тем самым в нашу группу I мы категорически отказываемся, не имея возможности привести здесь обоснования. Следует напомнить только об одном: эндогенно-психотические картины можно отличить от событийно-реактивных состояний с еще большей уверенностью, чем от тех, что имеют место при соматогенных психозах. Потому что там бывают все же случайные пересечения. Остается только, если мы не хотим запутаться в философско-умозрительных толкованиях, остановиться перед этими состояниями как перед антропологической *тайной.* То, что помимо аномальных разновидностей психической сущности и соматогенных психических аномалий существуют еще и эти "эндогенные психозы", является весьма досадным фактом психиатрии человека. В *ветеринарной* психиатрии

иначе: там есть только первое и второе. По вышеназванным причинам мы относимся к этой гипотезе (и тем самым к “патологическому”) как к эвристическому принципу.

Это — *кредо,* и его можно как угодно оспаривать. Применительно к циклотимным фазам и к большинству шизофренических психозов оно может, наверное, считаться бесспорным. Но в отношении определенных, в основном параноидных (парафренных) психозов имеются сомнения, которые мы на протяжении многих лет постоянно высказываем. Во всяком случае, здесь можно больше не рассматривать психотические феномены как какие-то пузыри, поднимающиеся из соматоза без смысла и взаимосвязи. Только тогда можно было бы представить себе, что болезнь искажает и транспонирует в нечто психотическое стремления, конфликты, стечения обстоятельств, составляющие жизнь человека, то есть целиком или в значительной степени “работает” с предпсихотическим и экстрапсихотичес-ким материалом. Следует еще раз подчеркнуть, что эти формы мы рассматриваем не как характерогенные или событийно-реактивные развития. Но вопрос о существовании наряду с соматогенным и психогенным третьей возможности — метагенного, то есть “извращения” души без соматических или психологических причин — должен оставаться открытым, по крайней мере здесь[10].

---

[10] Это — саркастическое замечание по поводу одной прямо не называемой здесь дискуссии. Само собой разумеется, что в дуалистической системе, которая со времен Декарта главенствует в западном мышлении, нет места для чего-то третьего, не являющегося ни res cogitans (мыслящей вещью), ни res extensa (протяженной вещью). Тем не менее H.Tellenbach ввёл такое понятие, как “юнлон”, подразумевая под ним комплекс причин болезненных психических состояний, который действует как наряду с соматологичсской п психологической систематизацией, так и вне её. Причинную область эндогенных психозов он представляет как “еще не разделенное единство тела и ду-

Впрочем, многообещающий *позитивный* подход к соматическому обоснованию по меньшей мере шизофренических психозов разработал недавно HUBER, хотя надежного объяснения его данным пока нет.

Для нас соматические расстройства как *выражение аффектов* (например, психогенное расстройство ходьбы при испуге) ни в коем случае не относятся к органическим изменениям, хотя и могут иметь таковые в качестве следствий: так, психогенное двигательное расстройство может привести к контрактуре, а психогенная рвота — к гастриту.

III.

Еще по поводу второго пункта наших клинических воззрений: *вопрос перехода* между просто аномальным психическим бытием и соматически не обусловленными, но все же гипотетически патологическими психозами. При этом нужно всегда помнить, что под “аномальным” *здесь* подразумевается исключительно разновидность “нормального”, то есть не существует никаких *принципиальных* отличий от нормального. И когда в дальнейшем мы будем говорить об “аномальных” личностях, сказанное будет полностью относиться и к нормальным, и наоборот. Впредь в понятие личности будут включаться также реакции на события и событийно-реактивные развития[11]. Указывать на эти обстоятельства всякий раз было бы чересчур громоздко.

Остановимся сначала на физической стороне. То, что морфологические и функциональные разновидно-

---

ши”, причем эндогенные феномены являются лишь “эмиссиями, видоизменениями, конкретными формами проявления” эндона.

[11] Этой короткой фразой выражено нечто принципиальное, а именно, что все неврозы, равно как и все функциональные и психосоматические расстройства, относятся к аномальным личностям.

сти физического организма могут переходить в заболевание, вероятно, сомнения не вызывает. При этом следует учитывать, что о действительных переходах речь может идти только при *постепенном* развитии, но *не* тогда, когда болезнь развивается из какого-то состояния *скачкообразно.* Такие переходы, вероятно, существуют. Следовательно, нет никаких *принципиальных* препятствий к тому, чтобы и в психиатрии допустить существование переходов между определенными конституциями, определенным состоянием органов или систем органов и болезнями с психотическими последствиями. Тогда, если забыть о познавательно-теоретических и прочих сомнениях, эти переходы могли бы существовать и в *психической* сфере. То есть, возможно, это были бы переходы между определенными личностями и цикло-тимными или шизофреническими психозами.

Теоретически после вышесказанного не должно быть возражений против допущения переходов между (нормальными и) аномальными личностями и циклотимными или шизофреническими патологическими состояниями. Если мы их тем не менее *отвергаем,* это происходит не из методологических или соматологических соображений, а потому, что в клинической практике мы этих переходов не обнаруживаем. Сомнительные случаи чрезвычайно редки, и эти переходы недостаточно подкреплены клиническими данными. Ведь есть также болезни, которые нельзя интерпретировать как усиление физических аномалий и дисфункции органов, а лишь как нечто новое, к чему нет переходов. Вспомним хотя бы о табесе, о рассеянном склерозе — здесь можно было бы назвать большую часть болезней. Также и болезни, лежащие в основе циклотимии и шизофрении, явно принадлежат к *этим* видам заболеваний, а не к формам, которые без четкой границы вытекают из просто аномальных функций и состояний. Тем

не менее можно признать значение конституции: здесь ведь отвергается *медленное* развитие в сторону болезни, вопрос переходов, а не возможность скачкообразного развития из того или иного состояния, которую при этих психозах можно было бы принять во внимание. Вспомним для сравнения о связи между “хронической алкогольной конституцией”[12] и белой горячкой. Первая является предпосылкой второй, однако бред проистекает из хронического алкоголизма не замедленно: для этого скачка должно произойти что-то новое.

Случаи, когда можно сомневаться в том, что именно имеет место: аномальная индивидуальность, шизофрения или циклотимия, как мы уже говорили, очень редки. Мы приведем несколько цифр, прекрасно сознавая, что в них отражается диагностическая позиция, а это ставит под сомнение их значение для иначе ориентированных диагностов. Поэтому мы отказались и от получения более новых данных. В психиатрическом отделении городской больницы Мюнхен-Швабинга мы обнаружили следующие цифры: с 1932 по 1936 г. между 1647 случаями аномальной индивидуальности и аномальных реакций на события и 941 случаем шизофрении находилось 28 случаев, при которых диагноз был спорным, а между теми же 1647 случаями и 166 циклотимиками — 7 спорных диагнозов. Это чрезвычайно мало. Если бы существовали переходные состояния между определенными индивидуальностями, с одной стороны, и шизофреническими или циклотимными психозами — с другой, то количественно их должны были бы обнаруживать гораздо чаще. Но если уж невозможно поставить точный диагноз, лучше говорить о

---

[12] “Конституцию”, согласно традиционной точке зрения, составляют всегда как унаследованные, так и благоприобретенные качества. То есть имеется в виду. что для того чтобы заболеть белой горячкой, надо быть алкоголиком.

“неясных случаях” или “подозрении на шизофрению (циклотимию)”, чем о “шизоидных” или “циклоидных” психопатах и реакциях на события. В конкретных случаях нужно до последнего пытаться прийти к какому-то решению, и почти всегда это решение дается без особого труда. Всегда возникает вопрос, являются ли эти редкие спорные случаи *принципиально* неразрешимыми, то есть действительно представляют собой переходные состояния, или они не поддаются классификации только на момент обследования (либо более длительное время). Могут встречаться случаи шизофренических или циклотимных психозов, картина которых поначалу или даже долгое время несет на себе такой исключительный отпечаток особенностей личности, ее переживаний и реакций, что психотические признаки становятся трудноуловимыми. Для сравнения вспомним, например, об алкогольном опьянении или даже о параличе, которые постороннему взгляду, во всяком случае поначалу, тоже могут казаться всего лишь более острым проявлением индивидуальности, хотя они не являются переходами к норме или к простому аномальному варианту. Нечто подобное встретится нам и здесь.

Как мы видим, необходимо отличать именно проблему переходов в соматической области от проблемы переходов в психической симптоматике. Не всегда там, где в первом случае существует четкая граница, она обязательно будет и в психической области — прежде всего не в начале болезни и не при более легких формах. При рассмотрении проблемы переходов между определенными индивидуальностями и циклотимными или шизофреническими психозами рассуждения о соматической стороне остаются пока чисто умозрительными, так как она неизвестна ни для индивидуальностей, ни для обоих видов психозов. Можно, следовательно, изучать только переходы в психической картине, притом с неизбежно присущей всякой психологии

невысокой степенью точности. В данной работе, во всяком случае, нам вряд ли попадется что-либо, позволяющее вспомнить о переходах. Очень редкие случаи, которые временно, а иногда и длительно напоминают все же о чем-либо подобном, мы объясняем себе так же, как простые психические обострения при соматически обусловленных психозах, прежде всего в их начале.

Таким образом, мы считаем, что между аномальными индивидуальностями и реакциями на события, с одной стороны, и шизофреническими и циклотимными психозами, с другой стороны, существует четкая дифференциальная *диагностика,* тогда как между шизофрениями и циклотимиями — лишь дифференциальная *типология*. Если мы за упомянутые выше 5 лет только на основании окончательных диагнозов выявили между 941 шизофренией и 166 циклотимиями всего 11 случаев, которые были интерпретированы как промежуточные, то это число, безусловно, не отражает фактического положения. Поскольку по сравнению с циклотимией диагностический простор шизофрении очень широк и неясен, то вполне объяснима склонность просто относить нетипичные случаи к пестрому кругу шизофренических форм, а потому они редко будут оставаться неразъясненными.

Решая эти дифференциально-типологические вопросы (и не только их), следует уяснить себе, что на самом деле мы спрашиваем не "Шизофрения это или циклотимия?", а лишь *"Соответствует* ли это *тому,* что я *обычно называю* шизофренией, или тому, что я *обычно называю* циклотимией?". То есть констатация нетипичных случаев и число промежуточных случаев зависят от принятых в той или иной клинике взглядов[13].

---

[13] Более подробно к этой теме Шнайдер возвращается в главе "Циклотимия и шизофрения". Там даются также необходимые пояснения.

ПСИХОПАТИЧЕСКИЕ ЛИЧНОСТИ

Сначала мы совсем коротко, в какой-то степени тезисно рассмотрим основные понятия. В индивидуальном психическом бытии различают, помимо многочисленных отдельных черт, три комплекса качеств: интеллект, жизнь плотских (витальных) чувств и влечений и *личность*. Эта последняя включает в себя неплотские чувства, устремления и желания. Эти три стороны глубоко взаимосвязаны, но с определенным основанием могут рассматриваться и по отдельности.

Аномальные личности — это отклонения от некоего воображаемого среднего спектра личностей. Решающей, следовательно, является средняя норма, а не, скажем, норма ценности. Аномальные личности повсюду без четкой границы переходят в положения, которые следует обозначить как нормальные.

Из числа аномальных мы выделяем в качестве *психопатических личностей* тех, которые страдают от своей аномальности или заставляют страдать от нее общество. Оба эти вида пересекаются. С научной точки зрения единственно значимым является понятие аномальной личности, в котором содержится и понятие психопатической личности, поэтому мы и применяем оба эти понятия, в зависимости от случая, одно наряду с другим или одно вместо другого. Уже то, что вторая часть нашего определения психопата сформулирована в соответствии с очень относительной (социологически-) оценочной точки зрения, не допускает ее строгого психологического применения.

Аномальные (и вместе с тем психопатические) личности не являются в нашем понимании чем-то *“патологическим“*. Нет никакого повода объяснять их болезнями или пороками развития. Их соматический корре-

лят тоже можно было бы рассматривать просто как количественную аномалию телосложения или функций организма.

Аномальные личности должны быть *принципиально четко дифференцированы от* циклотимных и шизофренических психозов, с достаточным основанием постулированных как патологические. Здесь не бывает никаких переходов[14], даже если толкование отдельных случаев вызывает порой затруднения. Тем не менее можно признать определенное личностное предрасположение к этим психозам. КРЕЧМЕР считает, что количественное увеличение шизоидных симптомов в шизофрении не исключает добавления особого “фактора процесса”. Но под этим фактором явно подразумевается (теоретически) нечто соматическое, а в психическом по-прежнему существуют переходы. Тем не менее это точка зрения, от которой уже недалеко до какого-либо соглашения. Чаще всего бывает так, что циклотимии развиваются на почве совершенно “нормальной”, непсихопатической личности, а шизофрении, напротив, — на почве аномальных личностей, притом с самыми разными внешними проявлениями. И то и другое, разумеется, не без исключений, но в большинстве случае это именно так.

Аномальные личности — это вариации *предрасположения,* однако с возможностью значительного изменения в результате развития и колебаний их непережитой подпочвы, а также влияния судьбы, личных переживаний в самом широком смысле. То, что мы понимаем под предрасположением, не следует сразу ото-

---

[14] Это критическое замечание, как и дальнейшие, относится к Э.Кречмеру, который, в частности, усматривал наличие скользящих переходов между считающейся нормальной шизотимичсской формой темперамента, шизоидной личностью, относимой к аномальным личностям, и, наконец, шизофренией.

ждествлять с *наследственными* задатками. Могут оказывать влияние и экзогенные факторы в период внутриутробного развития, практически даже в раннем детстве, однако принципиально они уже не причас-тны к предрасположению. Не установлены также в нашем понятии предрасположения границы метафизического допущения “так-созданности”, которое мы ниже рассмотрим подробнее.

Классификацию психопатических личностей осуществляют в большинстве случаев, располагая типы таких личностей в соответствии с теми или иными ярко выраженными, преобладающими качествами. Так поступал с 1896 г. КРЕПЕЛИН[15], таково изложение в его учебниках, а также наше собственное.

В то время как данный метод помещает рядом отдельные типы, принципиально не сопоставимые друг с другом, с различных сторон делалась попытка вывести типы психопатов *из какой-либо характерологической системы* и прийти таким образом к систематической патохарактерологии[16]. Можно составить таблицу чело-

---

[15] Имеется в виду 5-с издание учебника психиатрии Крепелина. В это издание впервые была включена глава “Психопатические состояния (дегенеративное помешатсльство)”, которая в значительно расширенном виде повторялась еще в трех изданиях. В упомянутом здесь 5-м издании к психопатиям отнесены только “конституциональнос расстройство”, “навязчивое помешательство” и “ощущение противоположного пола”. В 8-м издании в числе “психопатических личностей” упоминается. в частности, тип “антисоциального” психопата, отсутствующий у Шнайдера, но имеющийся в DSM 11I/IV. Впрочем, всю переменчивую историю классификации аномальных личностей здесь воспроизвести невозможно.

[16] В этом абзаце автор в очень сжатой форме полемизирует с многочисленными попытками систематизировать типы психопатов, возникшие в десятилетия, предшествовавшие его собственной разработке этой темы, а также наряду с ней. Само обозначение впервые было употреблено J.L.A.Koch'ом в его книге “Виды психопатической неполноценности” (1891-1893). Koch говорил о некоей психической “промежуточной области”, постулируя при этом равноценное сосуществование врожденных и благоприобретенных влияний. Это послужило причиной целого потока классификационных усилий, которые сегодня представляют лишь исторический интерес, так как представленная Шнайдером несистематическая система получила широ-

веческих качеств, как это делал в свое время GRUHLE, и на основе утрирования этих качеств вывести психопатические типы. В рамках такой системы возможна также идея слоистости психики[17], к которой пришли HOMBURGER. и KAHN и на основе которой более закономерным путем можно показать психопатические качества как преувеличения. (Между прочим, такую психологическую "слоистость" не следует путать с категориальной слоистостью N.HARTMANN'A[18]). Другие — например, KRETSCHMER и BWALD — положили в основу системы способ реагирования, переработки событий. Эти характерологические обоснования также ведут к формированию типов, и употребление выведенных таким образом форм тоже остается типологическим там, где в какой-либо системе можно до известной степени определить их место. Впрочем, при достаточно конструктивной фантазии можно под любую первоначально бессистемно задуманную типологию подвести какую-либо систему, как это сделал TRAMER с нашими собственными бессистемно расположенными типами. Ни одна из этих систем не обеспечивает достаточно убедительного и универсального способа выведения типов. Часто важные в клиническом отношении данные впи-

---

кое признание, и новая столь же распространенная классификация была введена, собственно, только в DSM IV. Поэтому здесь не дастся никаких дополнительных пояснений к критическому обсуждению Шнайдером открытой им системы, поскольку их пришлось бы сделать чересчур подробными.

[17] Вертикальные модели личности, при которых личность делится на высшие и низшие пласты, очень употребительны и часто инспирированы дарвиновскими ступенями развития. Это, в частности, психоаналитическая модель пластов с "оно", "я" и "сврх-я"; глубинная и кортикальная личности у (Craus'a (1919). ядерные и пластовые неврозы у Schulz'a.

[18] В философии Nicolai Hartmann'a (1882-1950) значительную роль играют пласты бытия, на которых основывается мир явлений. В ней различаются неорганический, органический и духовный пласты, причем корни каждого высшего пласта находятся в соответствующем нижнем.

сывают в них просто насильно, чтобы они не оставались лишними. Кроме того, всегда остаются клинически пустые и лишь ради системы сконструированные позиции, в которых ни один наглядный, живой тип психопата не имеет своего естественного места. Отчего это происходит, мы не будем исследовать подробно. Прежде всего это связано с почти повсеместным стремлением к полярному расположению типов. Если, скажем, "вспыльчивому" в качестве обязательной противоположной формы противопоставляется "невозмутимый" или "безвольному" — "независимый", то тем самым получаются образования, не представляющие интереса, по крайней мере для клиники. Психиатрический интерес направлен как раз на варианты в некотором смысле негативные. Конечно, хорошо было бы показать в одной, пока не существующей, всеобъемлющей характерологической системе все психопатические качества путем подчеркивания отдельных качеств, рассматриваемых как преувеличения, но большинство позиций пришлось бы оставить клинически пустыми. Именно систематическая чистая патохарактерология и невозможна, возможна лишь систематика характерологических качеств вообще. И если теперь выбрать из нее резкие психопатические проявления, то ничего систематического мы уже не получим, а лишь те качества, которые обычно определяют наименования типов психопатов. И результат получится таким же, как если бы предрасположение с самого детства было бессистемным. Любая критика типологической классификации относится и к классификациям, основанным на той или иной системе или подменяющим собой таковую.

Здесь мы представляем *несистемное учение о типах*[19]. Мы описываем, не сравнивая друг с другом, ряд

---

[19] Когда Шнайдер говорит о типах (слово, которое встречается v него чрезвычайно часто), он всегда имеет в виду либо идеальный тип (при

типов психопатических личностей, между которыми возможны и часты многочисленные и многообразные комбинации. Между ярко выраженным типом и просто “чертами характера” есть еще, кроме того, всевозможные нюансы. Сначала мы просто опишем эти типы и лишь затем критически рассмотрим подобные классификации.

Разграничение с психозами, прежде всего циклотимными и шизофреническими, не должно нас при этом интересовать, так как для этого пришлось бы привлечь всю симптоматику психозов. Ведь дифференциальная диагностика осуществляется по существу с илстороны. В самом общем виде нужно сказать лишь следующее. Различение от циклотимий в большинстве случаев легче потому, что при них речь идет не о длительных состояниях, а об эпизодических. С другой стороны, иногда это разграничение сделать труднее, так как в известных пунктах циклотимная симптоматика кажется близкой к психопатической. Разграничение с шизофрениями дается легче потому, что их симптоматика в целом еще дальше от психопатической, чем симптоматика циклотимий. С другой стороны, оно часто затруднено тем, что при шизофрениях речь идет о более или менее длительных состояниях. Все это говорится лишь весьма приблизительно. Эпизодически

котором сущсствснноc качество выступает на передний план, а несущественное отступает на задний), либо выразительный тип (наивысшее воплощение данности). Это восходит к Максу Веберу, который преклонялся перед Ясперсом и, как следствие, также перед Шнайдером. Вебср называл идсальныйтип “космосом подразумевающихся связей. [..,] Их отношение к эмпирически данным фактам жизни состоит лишь в том, что там, где [...] констатируются и предполагаются зависимые события действительности [...], мы можем уяснить своеобразие этой связи по отношению к идеальному типу [...]”. Это представление о типе так широко распространилось в немецкой психологии и психиатрии, что больше не нуждалось в разъяснс-ниях. Совершенно другое понятие типа было введено в обиход DSM IIL1V, что часто приводит к недоразумениям.

встречающиеся психопатические проявления в принципе труднее всего отделить как от циклотимных, так и от шизофренических психозов, хотя в длительных случаях принять правильное решение удается почти всегда.

II.

Под *гипертимным*[20] (иначе — деятельным) психопатом мы понимаем экстремальное выражение личности с веселым основным настроением, живым (сангвиническим) темпераментом и известной активностью. Они нередко добры, услужливы, часто умелы, работоспособны, но без глубины и основательности, маловнадежны, некритичны, невнимательны, легко поддаются чужому влиянию. Они обнаруживают наивное самолюбие и абсолютный оптимизм, направленный на ближайшее и реальное. Поведение часто без формы, дистанции, непринужденное. Помимо этих, в большинстве своем *уравновешенных,* гипертимиков бывают еще *возбужденные,* суетливые гипертимики без собственно веселого определяющего настроения. В круг психопатов гипертимиков приводит, в частности, их задиристость и неустойчивость. Понятно, что из-за своего живого темперамента и повышенного самолюбия они легко доходят до ссоры. Они не дают себя в обиду, а также охотно вмешиваются в дела, которые их не касаются. Однако они миролюбивы и быстро возвращаются к

[20] Под гипсртимисй подразумевается, как правило, избыток темперамента (собственное значение слова), избыточная активность, психомоторная активность, степень которой превышает средний уровень, далеки не достигая свсрхактивности маньяков и находясь еще ниже гипоманиакальной активности. В зависимости от обстоятельств гипсртимия и гипомания употребляются также как синонимы. Среди расстройств личности DSM Ill/IV этому типу нет соответствия.

прежним добрым отношениям. В равной степени понятно, что гипертимики, в особенности молодые, вследствие своей активности и живости охотно меняют окружение и положение и таким образом в социальном плане предстают иногда неустойчивыми. Среди безнадзорных, неустойчивых подростков нередко встречаются гипертимные психопаты. Благие намерения ими быстро забываются, а горький опыт переживается неглубоко. Самонадеянность и уверенность в победе захватывают, не давая задуматься.

Определяющее настроение *депрессивных* психопатов[21] не имеет такой тесной связи с конкретным типом темперамента, как у уравновешенных гипертимиков. Те по большей части сангвиники, тогда как депрессивные хотя и бывают часто спокойными людьми, но редко — флегматичными. Они страдают от более или менее длительно подавленного настроения, от пессимистического или, по крайней мере, скептического взгляда на жизнь. Их тяготит постоянный страх перед жизнью и миром, им недостает уверенности и доверия, способности простодушно радоваться. Во всем они видят оборотную сторону, ничто не бывает для них безоблачным, все чем-то омрачено. В своих раздумьях они отвлекаются от повседневных забот, но не находят покоя: всевозможные тревоги, самокопание, сомнения в ценности и смысле бытия. Печальный опыт переживается глубоко и продолжительно, приводя к кризисам. С другой стороны, часто из этих мучений их может вырвать только реальная беда — радостные события делают это редко, во всяком случае, лишь ненадолго. Такие люди живут в постоянном ожидании чего-то тяжелого, но это идет не извне, а изнутри, из глубины подсознания. Если отступает какое-то внешнее горе, его место тут же заполня-

[21] Этот тип не имеет соответствия среди расстройств личности в классификации DSM III/IV.

ется надуманными тревогами или чисто внутренними проблемами, которые снова исчезают при появлении чего-то реального, несущего с собой беспокойство или угрозу. У этих людей печаль обычно прогоняется не радостью, а другой печалью. Эти вещи не всегда лежат на поверхности, у депрессивной личности бывает много масок и одежд. Иногда человек предстает веселым и деятельным, не чувствуя себя при этом здоровым, по типу “мании страха” или “мании бегства”. Многие представляют собой людей неутомимо работающих, но успех их не радует, а всякий перерыв в работе несет опасность вторжения сдерживаемых призраков. Некоторые депрессивные личности высокомерны, они посмеиваются над людьми внутренне легкими и простыми, считая это признаком ординарности и даже пошлости. Они ощущают себя, страдальцев, аристократами. Другие видят в страдании заслугу, что приводит их, так же как и склонность к раздумьям, отравленная радость земной жизни и внутренняя беспомощность, к твердому, спасительному мировоззрению или борьбе за него, часто тщетной. Их внешний образ жизни отличается порой изысканностью, эстетством, призванным приукрасить внутреннюю безотрадность: забота о малом. когда все большое кажется сомнительным. В равной степени понятна и противоположность: пренебрежение к внешней стороне жизни и поведению. Бывают *меланхоличные* варианты — мягкие, добрые, но робкие и легко впадающие в уныние личности, а также *угрюмые* варианты — холодные, неприветливые, озлобленные, подозрительные, обидчивые, всем недовольные и даже злорадные и язвительные депрессивные психопаты. Здесь пессимизм по отношению к судьбе может даже приобретать фанатические черты: человек торжествует, потерпев в чем-то неудачу, и не желает ничего хорошего другим.

Не очень далеко от депрессивных психопатов стоят психопаты, *не уверенные в себе*[22]. Они, правда, всегда легко депрессивны, однако неуверенность депрессивных психопатов в жизни не обязательно является неуверенностью в себе. Но и эти черты совсем не всегда очевидны. Внутреннюю несвободу и нерешительность не уверенные в себе психопаты иногда судорожно пытаются компенсировать наружными проявлениями: чересчур уверенным, а то и дерзким поведением или же вызывающей внешностью — чтобы не остаться незамеченными. Это относится прежде всего к людям, чья неуверенность в себе связана с физической или социальной сферой[23]. Угрызения совести и чувство неполноценности не уверенных в себе психопатов часто, хотя отнюдь не всегда, отражаются на этическом образе действий. Такие люди постоянно носятся со своей нечистой совестью и во всех неудачах усматривают прежде всего свою вину. КРЕЧМЕР описал этих этических педантов с непревзойденной наглядностью как сенситивных[24], а также изобразил их параноидные проявления, встречающиеся в отдельных случаях, которые, однако, не следует так прямолинейно, как он, связывать с психозами. Сенситивными являются люди, чья жизнь про-

---

[22] Этот тип по сути идентичен 8-му "типу" расстройств личности в классификации DSM 1II/IV и восходит к шнайдеровскому типу. В американском переводе "Клинической психопатологии" (1959) он назван "insecure, self-distrusting psychopath", однако поначалу это определение не пользовалось признанием в США. Затем DSM III впервые было введено понятие "avoidant personality disorder", которое было признано, а его критерии постоянно расширялись. Американские оригиналы DSM III-R и IV не изменили ни предмета, ни обозначения, но были по-разному переведены на немецкий: "гиперсенситивнос расстройство личности" в DSM III; "расстройство неуверенной личности" в DSM III-R; "расстройство уклончиво-неуверенной личности" в DSM IV. Однако в этих критериях отсутствуют указания на навязчивые расстройства, а также на социальную фобию.

[23] Соответствует "социальной фобии" DSM I11/IV, однако и в другом месте не выделяется Шнайдером как имеющая особое значение.

[24] "Сенситивный" — как личность или в "с снситивном бреде отношения" — играет центральную роль в психологии и психопатологии личности Э.Крсчмера.

текает в условиях величайшей, даже преувеличенной добросовестности и порядочности, но которые тем не менее в своих размышлениях постоянно крутятся вокруг себя. На почве таких и подобных им характеров произрастает, как давно известно, большая часть *навязчивых процессов.* Вместо навязчивых невротиков мы предпочитаем говорить об ананкастических или навязчивых психопатах. Навязчивые идеи возникают часто с быстротой молнии, вызванные по большей части одним ключевым словом, и вместе с обрушивающимся страхом им сопутствуют нередко физические ощущения (головокружение, сердцебиение). Навязчивые мысли часто подчиняют себе и обесценивают также то, что по содержанию совершенно чуждо им, никак с ними не связано, совершенно к ним не относится, — как все покрывающая и все портящая краска. Если начинает господствовать какая-то новая навязчивая идея, то прежняя чаще всего исчезает, и ее мотив теперь рассматривается критически и даже высмеивается. Но старая навязчивая идея может скоро вернуться, а новая — исчезнуть. Часто имеет место продолжительная смена различных, снова и снова возвращающихся мотивов, но одна навязчивая идея присутствует всегда. Навязчивым является уже сам страх перед тем, что может возникнуть и надолго остаться какая-то навязчивая идея. Это становится иногда причиной принятия всяких мер предосторожности и защиты, часто имеющих странный и непонятный для непосвященных характер. Нередко первичной является немотивированная, тревожная неуверенность, и это первичное навязчивое настроение только потом уже находит свой вторичный мотив или же меняющиеся мотивы. Однако они всегда глубоко связаны с устремлениями и оценками, присущими конкретному человеку и его жизненному пути. Такие навязчивые идеи происходят из длительного чувства вины и неполноценности, переживаемого не уверенной в

себе личностью. Есть люди, которые на протяжении всей жизни пользуются всеми представляющимися удовольствиями с чистой совестью. Человек же, крайне не уверенный в себе, может не иметь никаких радостей в жизни и тем не менее всегда мучаться угрызениями совести. Такие люди живут в постоянном страхе в чем-то ошибиться или натворить бед или же что просто вообще что-то случится. И этот страх находит свое оправдание, пользуясь, кажется, любым случаем, как мелодия находит свои слова. Одну такую больную, страдающую ананкастией, нашли однажды в состоянии величайшего страха, связанного с раздумьями о самой себе, и на вопрос, в чем же она снова себя упрекает, она ответила: "Еще не знаю". Сюда относится страх перед несчастьем, страх перед ответственностью и обвинением, который может доходить даже до ложных воспоминаний. Сюда же относится и навязчивое желание исповедоваться в грехах. Это люди, являющие собой противоположность людям с "крепкой совестью". До некоторой степени это объясняет то, что не уверенные в себе *имеют* навязчивые мысли, но не объясняет, *какие* именно. Это можно было бы показать лишь казуистически, и непосредственного понимания здесь чаще всего бывает недостаточно. Еще труднее обстоит дело с навязчивыми побуждениями. Пока они служат лишь средством предупреждения навязчивых идей, как например, навязчивое стремление мыться, или являются всего лишь опасениями, что кто-то *может* сделать то-то и то-то — скажем, убить своего ребенка, — то есть не представляют собой реальных побуждений, понять их еще можно. Но первичные навязчивые побуждения — например, броситься под поезд — по большей части совершенно непонятны. При этих переживаниях, которые порой трудно постичь как навязчивое состояние, теряется чаще всего и основа не уверенной в себе личности, а потому с этой стороны невозможно также по-

нимание того, что здесь присутствуют такие побуждения. С психопатологической, понятийной точки зрения мы рассмотрим навязчивые состояния ниже.

Фанатичные психопаты[25] бывают захвачены сверхценными комплексами мыслей личного или идейного характера, притом настоящий фанатик — личность выражено активная, *экспансивная.* Фанатик личного плана, например, сутяга, борется за свои действительные или мнимые права, идейный фанатик — за свою программу. Бывают и тихие, чудаковатые, оторванные от жизни фанатики чисто фантазийного плана, с характером менее или совсем не борцовским, как, например, многие сектанты. Мы называем их *вялыми* фанатиками. Экспансивные фанатики интересны для психиатрии особенно в качестве сутяг, прежде всего пенсионных. Иногда у них встречаются параноидные проявления, выходящие за рамки обычной подозрительности, например, с мотивом ревности, но это не просто экспансивные, а более сложно устроенные личности, как показал КРЕЧМЕР.

Тщеславными психопатами мы называем личностей[26], которые хотят казаться значительнее, чем они есть на самом деле. Ясперс характеризует этим сущность истерического — обозначение, которое мы никогда не употребляем. То есть бывают фальшивые, много

---

[25] В отношении этого типа Шнайдер почти полностью следует характеристикам Крсчмсра. В DSM III/IV этому нет соответствия.

[26] Этот тип почти идентичен “гистрионическому расстройству личности” DSM III/IV. Термин “гистрионический” был создан лишь в 1967 г. в США Brody и Sata, а в 1980 г. позаимствован DSM III. Он происходит от латинского “histrio” (актер) и “histrionalis” (актерский), тем самым в точности соответствуя тому, что здесь говорится в качестве характеристики тщеславного типа. Оба описания — DSM III и Шнайдера — восходят, как признает здесь и сам Шнайдер, к характеристике истерического характера К.Ясперса, которая сохраняется в более или менее неизменном виде.

мнящие о себе личности. Их честолюбие может проявляться, с одной стороны, в *эксцентричном поведении:* чтобы привлечь к себе внимание, высказываются самые необычные мнения и совершаются самые необычные поступки, а внешним манерам придается часто вызывающая форма. Другая возможность — самодовольное *бахвальство.* И наконец, чтобы возвеличить собственную персону. рассказываются или разыгрываются сказки, для чего требуется значительно больше фантазии. В этом случае говорят о pseudologia fantastica — обозначение несколько устаревшее. Одержимый страстью сыграть роль, в которой ему отказано реальной жизнью, такой псевдолог разыгрывает перед другими и самим собой целый спектакль. При этом настоящему псевдологу — классическому авантюристу — важна не материальная выгода, а сама роль. Впрочем. часто то и другое совпадает. Не следует думать, что псевдолог не сознает того, что теряет реальную почву под ногами. В ярко выраженных, отнюдь не частых случаях его игру нужно рассматривать как игру детей, когда они играют в учителя или солдата. Конечно, эти дети тоже не "думают", что они учителя и солдаты, и тем не менее они полностью входят в свою роль. При этом важны самонадеянная уверенность поведения, обходительные манеры, любезность. Например, обманщики, играющие на сочувствии, выглядят тихими страдальцами. Фальшивость этих тщеславных характеров осложняет отношения с другими людьми. Обожание, поклонение быстро сменяются у них равнодушием и даже злословием. Тот, кто, по мнению этих людей, больше не восхищается ими, быстро наскучивает им.

Психопаты с *неустойчивым настроением*[27] — это люди с внезапно возникающим раздражительно-

[27] Этот тип описывается также как "циклотимическая конституция" и встречается в DSM III/IV как "циклотимическое расстройство лич-

депрессивным расположением духа. Часто бывает трудно сказать, являются ли эти настроения реактивными, то есть психически мотивированными. Во всяком случае, у таких людей бывают дни, когда их депрессивная реакция возникает легче и держится дольше, чем в другие дни. Речь идет о повышенной способности к депрессивной реакции на основе подпочвы, которая сама по себе не является реактивной. Эти настроения нередко порождают такие действия, как бегство или алкогольные эксцессы. Так называемые "люди влечений" в большинстве своем относятся к психопатам с неустойчивым настроением: настроение является у них первичным. Но бывают также подобные инстинктивные поступки, при которых это по меньшей мере неощутимо. Одна проститутка рассказывала о том, как она в очередной раз отказалась от солидного места работы: "Тогда на меня снова нашло, что вроде так нужно; какой-то случайный порыв, как будто что-то в кровь ударило". Иногда психопатов с неустойчивым настроением характеризуют как "эпилептоидных". Мы предостерегаем от употребления этого термина. Безусловно, есть эпилептики, у которых тоже бывают кризисы, связанные с неустойчивостью настроения, но нет ни малейших оснований причислять к эпилептикам психопатов с неустойчивым настроением.

Эксплозивные психопаты[28] легче поддаются описанию. Это те люди, которые по самому незначительному поводу вскипают, то есть люди, производящие впечатление раздражительных, возбудимых, вспыльчивых. Их

ности" или "циклотимическое расстройство" в разделе "Другие специфические аффективные расстройства".

[28] Этому типу соответствуют "интермиттирующее взрывное расстройство" в DSM III-R и "интсрмиттирующсе взрывчатое расстройство" в DSM IV, но там он причисляется не к расстройствам личности, а просто к расстройствам (болезням).

реакции — это примитивные реакции[29] в понимании КРЕЧМЕРА. Их задевает любое слово, и прежде чем смысл и значение этого слова будут правильно поняты и осмыслены личностью, следует реакция в стремительно-бурной форме оскорбительного возражения или насилия.

Бесчувственными психопатами[30] мы называем людей, совсем или почти не испытывающих сострадания, стыда, чувства собственного достоинства, угрызений совести. Их характер часто бывает мрачным, холодным, угрюмым, поступки — инстинктивными и грубыми. Речь идет ни в коем случае не о моральном "слабоумии"[31], поскольку слабоумие означает дефект *интеллекта,* который не обязательно имеет здесь место, хотя во многих случаях это так. Бесчувственные в принципе неисправимы и невоспитуемы, так как в резко выраженных случаях отсутствует всякая почва, на которой можно было бы построить влияние. Не будем забывать и о бесчувственных психопатах-преступни-

---

[29] Под этим Крсчмер подразумевает реакции на события, при которых раздражение от события не подвергается контролю со стороны кортикальной личности (в отличие от "личностной реакции), а обращается непосредственно к более глубоким, более "примитивным" пластам личности и выражается в непосредственных, мгновенных действиях, например в крике.

[30] Эгот тип обозначался у K..Kleist'a как "характеропатия". Данный очень важный для образа мышления Шнайдера тип психопата не встречается в других системах психопатии, во всяком случае как самостоятельный тип.

[31] Здесь Шнайдер правильно ссылается на "moral insanity" (лишь частично переведенное на немецкий как "моральное слабоумие"), поскольку оно объединило в себе то, что здесь отнесено к двум типам: бесчувственному и безвольному психопатам. J.C.Prichard(1835) подразумевал под этим болезненное состояние с отсутствием чувства собственного достоинства, раскаяния и совести. Он называл его комбинированным расстройством чувств ("disorders of affection or feeling") и желаний ("those of the active powers or propensities"), то есть "заболеванием, которое состоит в болезненном извращении естественных чувств, аффективных действий, склонностей, настроений, привычек и естественных стремлений, однако протекает без заметного расстройства интеллекта, памяти и способности к суждению".

ках, о том, что существуют также бесчувственные чисто социального плана, жесткие натуры, “идущие по трупам”. Нередко они обладают выдающимся интеллектом.

Безвольные психопаты[32] не оказывают сопротивления никакому влиянию. Этих людей легко совратить, но в большинстве своем они легко *поддаются я хорошему* влиянию, почему, например, несовершеннолетних безвольных психопатов можно в основном содержать в попечительских заведениях. Но то, что они получают благодаря хорошему влиянию, у них надолго не задерживается. Отпущенные на свободу, они становятся добычей первого встречного, который сумеет их в чем-то убедить. Социальная картина — неустойчивость.

Говоря об *астенических*[33] психопатах, мы имеем в виду не людей с астеническим, лептосомным телосложением, а применяем это выражение в характерологическом значении, причем различаем здесь две подформы, которые, впрочем, очень часто встречаются вместе. К первой относятся люди, ощущающие определенную *психическую* недостаточность. Их жалобы поначалу носят самый общий характер: на пониженную работо-

---

[32] Здесь Шнайдер следует принадлежащему Heinroth'y (1818) классическому разделению души на три части: мысли, чувства и желания. Желания вообще играют в психопатологии Шнайдера важную роль, например при симптомах 1-го ранга, однако в современной литературе по психопатологии это понятие почти не встречается.

[33] Данное понятие и представление восходят к браунианству — созданному в Шотландии Джоном Брауном (1735-1788) учению, которое благодаря немецкому переводу Рсшлауба (1806/1807) приобрело в Германии (и Италии) большее влияние, чем в Англии. Согласно ему, причиной всего живого является способность организмов через “раздражители” получать “импульс” к деятельности. Жизнь формируется благодаря присущей каждому органическому телу “раздражительности” и меняющимся “раздражителям”. Здоровье состоит в равновесии между раздражителями и раздражительностью. Для представления о болезни “астения” в классической психиатрии больше не играла роли, однако продолжала использоваться (как здесь) для обозначения свойств личности. В DSM IV она отсутствует.

способность, неспособность к концентрации внимания, ухудшение памяти. В дальнейшем они иногда жалуются на чувство отчужденности: весь воспринимаемый мир, собственные поступки, все ощущения кажутся далекими, нереальными, ненастоящими. Все эти состояния не всегда, но часто бывают вызваны самоанализом или, по крайней мере, он способствует им. Часто незначительная осечка делает человека боязливым, а тревожный самоконтроль приводит затем к фиксации или повторению отрицательного момента. Для естественного же, ощущаемого как настоящее выполнения психической работы и психических актов требуется известная наивность. Вторую форму образуют люди, по характерным причинам несколько несостоятельные *физически.* Мелкие, ежечасно возникающие недомогания и нарушения функций обычно нами не замечаются и быстро проходят. Астеник же привычно обращает внимание на свое тело, и от этого страдают функционирование и согласованность системы органов. Ведь их беспрепятственное осуществление тоже возможно лишь вне контроля со стороны сознания. Действительно существующие функциональные расстройства с помощью психогенных факторов закрепляются и усиливаются. Эти самоаналитики живут не во внешних обстоятельствах, а постоянно заглядывают внутрь себя и утрачивают ту простоту в отношении к своему организму, которая необходима для его нормального функционирования. Возникают жалобы на быструю утомляемость, бессонницу, головные боли. нарушения сердечно-сосудистой деятельности, работы мочевого пузыря, менструального цикла и т.д. Нет сомнений, что астенические психопаты часто имеют одновременно соматические расстройства не психогенного происхождения, и тем самым значение самоанализа для их возникновения снижается. Но хотя часто бывает очевидно, что причиной этих расстройств послужил не самоана-

лиз, однако отвлечение каким-то событием или занятием помогает человеку от них избавиться. С нашей стороны было бы необоснованно и преждевременно предполагать здесь расстройства нервной системы, вегетативную лабильность, “неврастению“, поэтому, проявляя осторожность, мы предпочитаем совершенно неопределенно говорить о соматически лабильных людях, *соматопатах*. Здесь мы не принимаем во внимание настоящих болезней, которые, однако, *частично* могут играть в этом случае аналогичную роль. Между соматопатическим и психопатическим полюсами можно представить себе самые разные возможности: 1) существует соматическая лабильность, соматопатия без психических аномалий, в которой переживания совершенно не играют причинной роли. Это подтверждается и тем фактом, что даже новорожденные дети могут быть “невропатами”; 2) на расстройства соматопатической конституции личность, которая сама по себе не может быть охарактеризована как психопатическая, реагирует ипохондрией, неуверенностью, робостью, депрессивными настроениями; 3) если реагирующая личность является психопатической, то и эти реакции будут по своим масштабам и характеру аномальными; 4) первичным является психическое, причем в форме реакций на события, которые сами по себе нормальны, но имеют следствием функциональные соматические расстройства. Чем лабильнее физическая регуляция, тем легче это произойдет; 5) первичным является психопатическая личность. Она приводит, если можно так выразиться, путем своего ипохондрического контроля и самоанализа совсем не лабильный по своей сути организм в беспорядок, и таким образом появляются всевозможные соматические расстройства. Именно этот тип мы подразумеваем, когда говорим о чистом астеническом психопате данной группы, однако астеник тем легче дойдет до самоанализа и утвердится в нем,

чем больше в нем действительной соматопатической лабильности. Не только *страх,* но часто и *желание* является движущей силой, так же как очень часто невозможно выявить *вообще никакого* мотива. *Соматопатия* и *психопатия нередко бывают выражением одной и той же аномальной общей конституции,* и ответственность за соматические расстройства не обязательно лежит при этом на психопатии. Такие функциональные расстройства ни в коем случае не должны всегда рассматриваться как результат переживаний, напряжения, конфликтов. В психологизировании здесь должна соблюдаться большая мера, чем это ныне принято. Таким расстройствам может без всяких психических причин подвергнуться и человек, обычно не страдающий соматопатией. (Конструктивные толкования, правда, неопровержимы[34]). Хотя иногда эти соматические расстройства возникают на психической почве, однако затем они становятся автоматическими, и отмершее в каком-то смысле переживание не играет уже какой-либо роли[35].

III.

Типологические классификации психопатов часто подвергались критике и вне психоаналитических направлений, которые в большинстве своем отвергают само понятие психопата (KLAGES, LIEBOLD, SCHRODER,

[34] Это атака на психоанализ в качестве постоянного репертуара классической и постклассической психопатологии.
[35] На этом заканчивается описание типов психопатов. На их соответствие или несоответствие “расстройствам личности” в DSM III/IV уже указывалось. Здесь следует лишь добавить, что там в качестве диагностических единиц можно найти другие, не встречающиеся у Шнайдера типы: 1) параноидный; 2) шизоидный; 3) шизотипический; 4) нарциссический; 5) антисоциальный; 6) пограничный; 7) “юсивно-агрессивный“ (только в DSM III и III-R, в DSM IV его уже нет); 8) атипичныи, смешанный и другие виды расстройств личности.

HEINZE). С другой стороны, Кречмер выступил вообще против чисто психологической систематизации, которую он считает по сути просто социологической. Это возражение касается, конечно, многих типологий такого рода — например, частично типологии КРЕПЕЛИНА, — но не нашей. Идея КРЕЧМЕРА принципиально переступает через чистую психологию и нацеливается на создание типов психофизической конституции и даже какой-то универсальной антропологии. Конечно, некоторые важные формы психопатов вписываются в его классификацию, другие же составляют некий конституционно-биологический остаток. Вне его разделов остаются клинически важные и часто встречающиеся формы, в том числе такие, от которых и сам Кречмер не может отказаться, формы, которыми он занимается самым обстоятельным образом, как например, сенситивные или истерические типы людей.

Критика типов психопатов — без системного фундамента или при наличии такового — в *некоторых отношениях действительно правомерна.* Рассуждения подобного рода несут с собой опасности, которые необходимо знать и учитывать и теоретически, и практически.

Типы психопатов выглядят как диагнозы. Однако это *совершенно неоправданная аналогия.* К примеру, депрессивный психопат — это просто “такой человек”. А людей, личностей нельзя снабдить диагностическими ярлыками, как болезни и их психические следствия. Можно, самое большее, выявить, подчеркнуть, выделить те качества, которые их особенно характеризуют, но это все равно нельзя сравнить с симптомами заболеваний. Выделение качеств всегда происходит под каким-то определенным *углом зрения* — например, субъективного самочувствия, ощущения бытия и жизни или трудностей, которые доставляют эти люди окружающему миру и обществу вследствие своих осо-

бенностей. Помимо качеств, важных с этих точек зрения, тот же самый человек обладает бесконечным множеством других, которые с иных точек зрения, например с этической, часто не менее важны, но не поддаются диагнозоподобному обозначению, остаются сокрытыми во тьме. Диагноз болезни тоже подразумевает лишь один определенный аспект человека. даже, собственно, его тела, но там это само собой разумеется. Типологическое же обозначение психопатов легко производит впечатление, будто оно приближается к *целому* или, по меньшей мере. к *абсолютной* сущности психической стороны человека. Исторически понятно, что учение о психопатах начинало с этой классификации типов, приспособленной к диагнозам, что облегчило его восприятие врачами, привыкшими мыслить медицинскими категориями. Столь же понятно, что за эту классификацию продолжают упорно держаться, т.к. она словно бы позволяет оставаться в привычной колее медицинско-клинического мышления.

В том, что диагностические ярлыки относятся лишь к отдельным, особо важным с некоторых точек зрения качествам конкретных людей, мы только что убедились. (Впрочем, не все, что *называется* одинаково, является психологически “одинаковым”. Можно. например, очень по-разному быть депрессивным человеком). Далее следут обратить внимание на то, что отмеченные качества лежат на совершенно разной глубине. Касающийся их разрез находится иногда ближе к центру, иногда больше на поверхности. Перефразируя понятия J.H.SCHULTZ'a, можно было бы без обиняков говорить о “ядерных” и “краевых” психопатах[36], не будучи, однако, уверенными в том, куда отнести каждый конкретный случай. Глубоким разрез является, когда речь идет о психопатах, не уверенных в себе. Ярко выраженная

---

[36] J.H.Schultz говорил о “ядерных неврозах” и “краевых неврозах”.

неуверенность в себе — действительно по-настоящему центральная, глубоко лежащая, глубоко характеризующая человека черта характера. То же самое относится в значительной степени и к бесчувственным психопатам, к тщеславным и, может быть, к выраженно фанатичным. Однако другие классификации ориентируются на совершенно периферические черты и далеки от того, чтобы сказать нечто существенное о “ядре” личности. То есть они поверхностны, характеризуют лишь внешнюю сторону и бывают нередко применимы лишь для характеристики поведения. Люди, которых мы называем гипертимными, депрессивными, лабильными, эксплозивными, безвольными, астеническими психопатами, бесконечно различны по своей *глубинной* сути, и эти обозначения не говорят о человеке как целом ничего существенного и решающего. Но даже те характеристики, которые сообщают что-то более существенное, имея в виду человека в целом, остаются *формальными,* недостаточными для познания человека. В *каких* областях не уверенный в себе психопат проявляет эту неуверенность? *Какие* у него навязчивые идеи? *Какие* честолюбивые притязания и цели у тщеславного психопата? *Что за* особенное честолюбие заставляет его желать большего, чем он может и чем является на самом деле? *Чем* фанатик занимается фанатично? Ведь очевидно, что такие качества *редко бывают всеобъемлющими* — разве что у какого-нибудь примитивного бесчувственного психопата, но и он, как правило, сохраняет какие-то островки теплого чувства — пусть это будет всего лишь привязанность к кошке. Исследование человека, личности, в том числе психопатической, идет совершенно иным путем, чем исследование психозов. При *психозе* стараются *не принимать во внимание* содержание, тему, индивидуальный облик, а прорваться к *формальному.* Однако у большинства *психопатов существенным* является именно *содержание,*

и без его учета исследователь будет иметь перед собой лишь внешнюю оболочку. Это содержание, это *”нечто”* можно, однако, показать лишь в конкретном случае, то есть казуистически, так же как *“почему”,* если в его суть удается проникнуть.

Так как выделенные в качестве характеристик свойства являются таковыми лишь в числе многих прочих и зависят от смысла и цели наблюдения, то *таким образом трудно наглядно изобразить типы психопатов.* То есть это, вероятно, возможно, и притом гораздо объемнее, чем это из умышленной сдержанности было сделано выше, но тут легко сразу же сбиться, перейти от того, что относится к типу, на индивидуальное, конкретное, портретное. В описание вносятся черты, которые отнюдь не являются *обязательными* и всегда связаны со свойством, избранным в качестве обозначения. Если, к примеру, характеризуя депрессивного психопата, отклониться от депрессивного господствующего настроения и описывать его далее как религиозного мечтателя, или тихого человеколюбца, или деятельного человека долга, то это уже будет значительной погрешностью, т.к. не может быть и речи о том, что такие качества присущи в основном лишь депрессивным психопатам Такой выход за пределы типа неизбежен, когда хотят представить что-либо образно, но он по существу является заблуждением и уводит в область произвольного, в область фантазии, поэтических образов и форм. Конечно, нельзя забывать, что не каждый тип может иметь любые другие качества и что определенные качества предпочитают считать “второстепенными чертами”. Некоторые свойства попросту исключаются, некоторые часто совпадают: например, уравновешенный, настоящий, а не симулирующий гипертимик не может быть не уверенным в себе, а экспансивный фанатик — безвольным. Зато гипертимики нередко бывают вспыльчивыми, а депрессивные — астеничными. Есть, следова-

тельно, уже известные периодические связи, комбинации, *соединения качеств,* но образное описание почти всегда выходит за рамки более или менее закономерного и, таким образом, не достигает своей цели. К тому же при соблюдении этих связей между качествами оно сразу же отрывается от чистого типа.

Именно из-за богатства индивидуальных форм и связей очень редко бывает, чтобы какое-то одно качество преобладало и так характеризовало человека, что ему можно было бы дать в соответствии с этим качеством верное обозначение. Даже многократная комбинация нескольких характеристик типов, включая подформы. вместе с частым упоминанием просто *черт* того или иного типа, редко бывает достаточной. И, как следствие, с этими типами *фактически невозможно правильно работать.* Скажем, редко бывает возможно со спокойной совестью написать "депрессивный психопат" или "безвольный психопат с чертами бесчувствия", и в большинстве случаев из-за многообразия и типологической расплывчатости предпочитают останавливаться просто на понятии "психопат". Тот, кто захотел бы распределить по типам, например, психопатов за один клинический год, попал бы в крайне затруднительное положение. Лишь к очень немногим можно было бы без большого усилия применить одно из употребительных понятий или их комбинацию. Необъятную сферу психической сущности, в том числе ее аномальных вариантов, невозможно ввести в рамки понятий по способу клинической диагностики, с помощью модели наименования болезней.

Используя для того или иного психопата типовое обозначение, думают обычно о чем-то *постоянном, о* какой-то хронической, "конституциональной" разновидности. Здесь тоже *обнаруживается сильная зависимость.* Выраженный гипертимик, конечно, остается таким, как правило, на протяжении всей своей жизни,

хотя и здесь случаются изменения — как эпизодические, так и длительные. И истинный, а не маскирующийся бесчувственный психопат будет таким всегда. Однако с другими типами обстоит иначе. Кто-то может в молодости быть не уверенным в себе или тщеславным, а позднее утратить эти черты полностью или почти полностью. Или же кто-то в определенном возрасте может быть склонен к астенич-ной несостоятельности, а в другие периоды — вовсе нет. Безвольные взрослые вообще вряд ли бывают, разве что люди с очень низким уровнем интеллекта. Причина таких колебаний и превращений может лежать, во-первых, в той *непережитой подпочве* (unerlebter Untergrund), которая ответственна за проявление и развитие личности, за выход на передний план попеременно то одних, то других качеств. Однако при других качествах ответственность за смену картины симптомов явно несут опыт, *пережитое* и судьба. При этом слишком мало внимания обращается на то, какие черты личности могут формироваться, усиливаться, смягчаться, воспитываться переживаниями, а *какие нет.* Переживания вряд ли могут повлиять на гипертимный темперамент или эмоциональную холодность, но вполне — на неуверенность в себе, депрессивную жизненную установку, астенический самоанализ и ипохондрию. Однако и на эти тенденции — лишь в определенной мере: при очень сильном предрасположении переживания ничего не смогут в них изменить либо очень мало или на короткое время. Но при более слабой предрасположенности пластичность очень велика. Бывают, как видел уже KAHN, также психопатические эпизоды, будь то в нашем понимании эндогенно основанные на подпочве или реактивные.

Конечно, ни один врач-клиницист, пользующийся типологическими обозначениями психопатов, не удовлетворится навешиванием этих ярлыков и не “раздела-

ется” таким образом с личностью характеризуемого пациента. Но для учащихся — будущих врачей или медицинского персонала — в типологиях таится сильный соблазн остановиться на этих характеристиках и не видеть больше проблем в отдельном “психопате”. Разумеется, было бы совершенно неверно упрекать всех психиатров в том, что они лишь “навешивают ярлыки”[37] с такими характеристиками и впадают тем самым в некий бессильный фатализм: “Ничего не поделаешь, психопат”. Однако в руках некоторых врачей одна из таких типологий в самом деле может породить что-либо подобное. Прежде всего существует опасность, что отдельный человек будет рассматриваться лишь формально, что будут упущены из виду содержание, мотивы и психические причины колебаний и несостоятельности, биографические подробности и, следовательно, — возможность психотерапевтического воздействия. Но в рамках психопатической личности действительно имеет место чрезвычайно большое движение, в том числе внутри личности, поддающейся типологическому формулированию и наименованию. *Однако нельзя также впадать в другую крайность и за конфликтами влечений, переживаниями, судьбами не видеть врожденных особенностей. задатков, слабостей, очагов опасности, подводных камней индивидуальности и колебаний подпочвы,* отдаваясь во власть собственных толковательных фантазий[38]. При этом более детальная

---

[37] Трудно сказать, следует ли Шнайдер, говоря о “навешивании ярлыков”, лишь обычному словоупотреблению или имеет в виду так называемую labelling theory (теорию ярлыков), согласно которой человек становится душевнобольным вследствие соответствующего клейма, которое ставит на нем общество. Эту теорию ввел в социологию в 1938 г. F.Tannenbaum, и ее использовали поначалу для объяснения криминального поведения. Лишь позднее, в антипсихиатрии, ее стали применять для объяснения психиатрического заболевания Th.Szasz, R.Laing, A.Esterson и др., которые, соответственно, упрекали психиатров в том, что они путем навешивания ярлыков делают из здоровых людей больных.

[38] Это тоже направлено против психоанализа.

дифференциация понятий “врожденный”, “предрасположенный”, “органический” может не иметь здесь значения. Мы просто имеем в виду нечто *заданное еще до* переживаний, то, что человек *получает вместе с* качествами. Независимо от переживаний или в лучшем случае формируясь вместе с ними, развивается энтелехия[39], существуют предрасположение, потенциал развития и осуществления личности.

“Неврозы”, за исключением, может быть, грубых, острых психогенных соматических расстройств вследствие бурных аффектов, произрастают всегда на почве предрасположенно аномальной, психопатической личности и несут в себе по меньшей мере *одну* из ее предпосылок[40]. Довольно странно, как можно упускать это из виду. Когда речь идет о рассудке и слабоумии, которое является лишь вариантом умственных способностей, в предрасположении никто не сомневается[41]. Почему же это не должно относиться к личности и ее аномальным разновидностям? Не подлежит никакому сомнению, что в психопатической личности есть что-то предрасположенное, другими словами — что психопаты *существуют.* Интерпретация того, что мы считаем

---

[39] Энтелехия — (греч.) особое нематериальное жизненное начало, якобы направляющее развитие организма. — (*Прим.ред.*)

[40] Эта точка зрения — одна из немногих, высказанных Шнайдером по поводу неврозов, — долгое время являлась причиной больших затруднений при экспертизе психических последствий у людей, переживших холокост. Она, в частности, давала повод обосновывать существование психических расстройств, в значительной степени совпадающих с невротическими, некоей аномальной предрасположенностью и на этом основании отказывать жертвам холокоста в компенсации. Следует добавить, что и психоаналитические теории сначала препятствовали признанию какой-либо причинной связи, поскольку согласно этим теориям, каждому неврозу взрослого человека предшествует детский невроз.

[41] Здесь тоже тем временем одержало верх скорее то мнение, что во всех случаях, когда можно говорить не только об ограниченных способностях, но и о слабоумии, весьма вероятной причиной является патологическое повреждение головного мозга.

предрасположением, как следствия конфликтов раннего детства и попытка таким образом его понять ведут в непроглядную тьму, осветить которую можно, как правило, лишь с помощью фантазии[42]. Если врач гибко подходит к своей типологии и считает понятие “постоянный” относительным, то при всем признании чего-то подобного предрасположению остается еще достаточно места для оценки пережитого и судеб, для биографических данных и для успешной психотерапии. Разумеется, для психотерапевта и любого воспитателя полезно не слишком переоценивать предрасположение и высоко оценивать психические влияния. Без подобного оптимизма их профессия не может существовать. Но критический взгляд должен видеть и другое: определенным образом сложившуюся личность и нереактивные. эндогенные колебания подпочвы. Иначе неизбежны некоторые разочарования и, с другой стороны, наивная переоценка собственного образа действий. Часто врачи считают, что достигли чего-то благодаря *своим* усилиям, тогда как встречаются на самом деле лишь с не поддающимися психологическому истолкованию колебаниями подпочвы. Но и в области психологии можно заблуждаться: бывает, что помогает не зависящее от психотерапевта переживание. например, случайная встреча пациента с другим человеком.

Вряд ли будет излишним поставить вопрос о различии между предрасположением и реакцией на пережитое при аномальном развитии личности. Однако эту *основную идею* трудно проверить эмпирически, Можно и, вероятно, нужно так ставить вопрос, но в отдельных (притом нередких) случаях можно не получить однозначного ответа. Предрасположение и *переживаемый* окружающий мир (как это следует называть, говоря о

---

[42] В противоположность этому в классификации DSM III/IV “нарциссическое” и “пограничное” расстройства включены в число расстройств личности.

человеке) — это не две наталкивающиеся друг на друга слепые силы. Они составляют вместе *сферу действия*[43]. (Можно было бы вслед за V.WEIZSACKER'ом называть это "сферой образов"[44], однако, вероятно, трудно будет провести реальные аналогии). Предрасположенная личность развивается на основании своих личных переживаний. Личные переживания выбираются, приобщаются, переплавляются личностью. захватывают ее в соответствии с их особой *ценностью* и *смыслом* для этой личности. Основываясь на этой личности, они становятся благом или несчастьем, поднимают дух или причиняют мучения самой личности или *также* другим, или *только* другим. Личность наталкивается на свои переживания не так, как паук наталкивается на камень, который преграждает ему путь и заставляет отклониться в сторону.

Несмотря на это знакомство с принципами взаимодействия предпасположения и личных переживаний, в клинике, как правило, можно делать *более сильный акцент* на одной или другой стороне и, таким образом, с *полным основанием* проводить различие между психопатической личностью и аномальным развитием реакции на личные переживания.

Некоторые давно употребляемые клинические понятия постепенно уходят. Исчезла "неврастения"[45], "ис-

---

[43] О "действенной сфере" говорил специалист по психологии животных Конрад Лоренц. Сейчас связи такого рода известны больше под названием "сферы правил"

[44] Согласно V.V.Weizsacker'у, "сфера образов" обозначает взаимосвязь между организмом и окружающей средой как одним функциональным целым. В качестве примера приводится хождение по неровной местности, когда глаз воспринимает эту неровность и организм приводит свои движения в соответствие с этим; выполненные движения, в свою очередь, направляют взгляд и т.д.

[45] Лежащие в основе этого понятия представления сохранились, однако, в понятии псевдоневрастснического синдрома. Схожим с ним является также состояние гиперэстетичсски-змоциональной слабости (Bonhoeffcr). И наконец, говорят еще о "неврастеническом истощении", когда симптомы появляются после крайне тяжёлой физической или эмоциональной нагрузки, но после периода отдыха полного исче-

терия” встречается еще лишь в кое-каких отдельных “заповедниках”[46]. Также и “психопат” уже морально устарел и, по-видимому, отживает свой век. Однако *только название, но не сам факт.* Да и само обозначение, очевидно, пока рано упразднять. Это несколько небрежное сокращение от “психопатической личности” необходимо в повседневной клинической практике хотя бы как краткий встречный вопрос к психозу. Следующее по восходящей обозначение — *“аномальная личность”* — конечно, с научной точки зрения правильнее и здесь является единственно уместным, но для повседневной речи оно слишком длинно и к тому же без более подробной характеристики несколько двусмысленно. Человек, неполноценный вследствие прогрессивного паралича или шизофрении, тоже может быть в известном смысле назван “аномальной личностью”, так как в этом выражается не просто аномальная интенсивность, разновидность, вариация личности. Выражение “психопат” в языковом отношении гораздо неправильнее, однако оно намного ближе к подлинному *смыслу,* хотя, разумеется, никоим образом не совпадает с ним полностью. И это тоже одна из причин, почему обозначение “психопат” оставляют для внутреннего обихода в клиниках, а в остальном пользуются им по возможности редко и всегда с более подробной характеристикой. Многие на всякий случай выбирают что-то негативное с этической или социальной точки зрения. Это тот же процесс, что и при “истерии”: все более явный уклон в сторону оценки, морализирования. Другие, говоря о “психопате”, все еще имеют в виду что-то вроде небольшого психоза, первый шаг к

зают. Английской психиатрии известна также постинфекционная неврастения.

[46] Имеется в виду психоанализ, в котором теория истерии по-прежнему играет центральную роль.

нем'. или его более мягкую форму. Так что порой кажется, что все усилия, предпринимавшиеся в этой области на протяжении десятков лет, были напрасными. Поэтому хорошо, когда в сообщениях, направляемых врачам и работникам управлений по делам молодежи, в консультативных заключениях обозначение “психопат” применяется с осторожностью. Следует по возможности живо, образно и без “специальных терминов” описывать человека, о котором идет речь: каков он, а также — в случае необходимости — в каких конфликтах находится. В заключение можно в определенных случаях добавлять: “При желании здесь можно говорить о психопатической личности”. Действительно, по меньшей мере во многих случаях именно так: *при желании.*

Типологический учет психопатических личностей следует воспринимать со всеми приведенными здесь оговорками и помня о проблематике, открывающейся за каждым из этих обозначений типов. Тогда подобная типология, несмотря на ее ограниченную, неглубокую познавательную ценность, может быть полезной еще и сегодня. Во всяком случае, с ее помощью можно обнаружить очень много присущего человеку.

АНОМАЛЬНЫЕ РЕАКЦИИ НА ПЕРЕЖИТЫЕ СОБЫТИЯ

I.

Реакция на пережитое событие — это осмысленно мотивированный *эмоциона.чьный ответ на какое-либо событие.* Грусть о чем-то, раскаяние в чем-то, ужас перед чем-то, ярость из-за чего-то являются такими реакциями. Эти эмоции всегда непосредственно содержат стремление или сопротивление, из которых затем

часто следуют действие или бездействие. Эти стремление и действие, как и внутреннее сопротивление и бездействие, тоже относятся к реакции на события. *Рациональное* восприятие и переработку ситуации мы не относим к реакциям на события.

Для того, что мы называем реакциями на события, ЯСПЕРС десятилетия назад сформулировал критерии, которые мы резюмируем следующим образом:

1. Реактивное состояние не встречается без вызвавшего его события.
2. Содержание, тема этого состояния находятся в понятной взаимосвязи с его причиной.
3. Изменение реактивного состояния во времени зависит от его причины; в частности, оно прекращается с устранением причины.

Пример: мать тревожится из-за болезни ребенка. Она не делала бы этого, если бы ребенок не был болен. Ее тревога содержательно связана с этой болезнью, она колеблется в соответствии с протеканием болезни и прекращается, когда ребенок выздоравливает.

К этому следует добавить: первый критерий, во всяком случае, действителен для любой реакции на событие. То, что она вызывается каким-то событием, относится к ее сущности. Второй критерий применим в менее строгом смысле. Когда кто-то, пережив, например, ужас железнодорожной катастрофы, бродит вокруг в сумеречном состоянии и его мысли заняты не катастрофой, а носят, может быть, неуместно эйфорическую окраску, здесь тоже еще можно говорить о реакции на пережитое событие. Так же и в том случае, когда кто-то вследствие какого-либо события приходит к психической несостоятельности, к самоанализу, к ипохондрии, не думая уже о самом событии. Разумеется, в большинстве случаев этот критерии применим и является очень важным указанием на то, что реакция на событие имеет место. Если же мы слышим, к примеру, что человек

находится в печальном расположении духа *со времени* определенного события, но оно не является содержанием его мыслей, темой настроения, то реактивное состояние почти всегда исключается. Тогда речь может идти самое большее о психическом инициировании. В обратном порядке применять этот критерий нельзя. Хотя почти никогда нельзя допускать наличие реакции на событие, если состояние по своему содержанию не перекликается с каким-то событием, но есть ведь и многие психозы, темой которых является определенное событие, не будучи при этом их причиной. Третий критерий действует тоже не совсем строго. Протекание реакции идет не всегда параллельно состоянию вызвавшего ее события. Поэтому даже на близкий по времени неизменный факт не обязательно реагируют одинаково при каждом его упоминании. “Дело обстоит уже по-другому”, как говорят, когда эмоциональная реакция на какое-либо событие перерывается либо ослабевает, что совсем не обязательно должно быть окончательным. Таких колебаний еще больше при событиях, отделенных более длительным отрезком времени. Нередко какое-то болезненное переживание (иногда, но не всегда обновляемое в памяти каким-либо ключевым словом) лишь время от времени вызывает мучения, которых в другое время человек не испытывает. В таких случаях мы говорим о *временной* (прерывающейся) реакции на событие.

Эта *не мотивированная, а действующая чисто каузально, не пережитая подпочва* реакции на событие очень знаменательна. На эту подпочву и, тем самым, на силу реакции могут оказывать влияние другие события, время суток, погода, настроение, физическое самочувствие, сон, сытость, прежде всего — возбуждающие средства всякого рода, но также и музыка. Всем известно, что выпитая вечером бутылка вина как будто устраняет горе, которое при пробуждении на следую-

щее утро снова гнетет нас с прежней тяжестью. Возбуждающие средства могут даже извращать вид и эмоциональную окраску реакции. Так, например, под воздействием алкоголя человек может в неутешительном факте обнаружить положительную сторону и даже на время сделать “из необходимости добродетель”.

Однако подпочва переживания часто меняется *без всякой видимой причины,* и в этом случае, как было сказано, эмоциональный вес переживаний *не всегда* следует законам разума. Но подпочва является не только одним из факторов, модифицирующих вес переживаний. Существует также лабильная реактивная способность расстраиваться, основанная на подпочвенной готовности к этому И есть просто *подпочвенные депрессии* без реактивных признаков. Подпочва диктует, кроме того, не только психологически *независимо возникающие* настроения, но и (наряду с независимо возникающими мыслями и стремлениями) также независимо возникающие страхи, навязчивые состояния, переживания отчужденности, периоды астенической несостоятельности. То, чем является *сама* подпочва, выходит за рамки опыта и представляет собой чисто философский вопрос. Для нас это всего лишь пограничное понятие[47]. То есть мы устанавливаем с его помощью границу, за которую не может проникнуть никакой опыт, нечто, чему нет выражения, что, следовательно, нельзя ни постулировать просто как соматическое, ни объяснить психологически. Речь идет, таким образом, о чем-то совершенно ином, нежели подсознательное в психоанализе.

Когда мы говорим о подпочве или подпочвенных депрессиях, мы всегда думаем о колебаниях настроения в

---

[47] “Пограничное понятие” — это старая философская идея. Так обозначаются понятия или объекты, которые, с одной стороны, ограничивают познание, а с другой, указывают на то, что стоит за этим и о чем нельзя составить себе чувственного представления.

нормальной и психопатической жизни. Только *такое* употребление понятия “подпочва” позволяет различать подпочвенную и циклотимную депрессии. Психологически независимо возникающее плохое настроение больных циклотимией, шизофренией, эпилепсией и страдающих всякого рода заболеваниями головного мозга тоже основано на неосознаваемой подпочве. Поскольку сама подпочва является пограничным понятием и может стать объектом, не поддающимся исследованию, не имеет никакого смысла фантазировать, что там конкретно происходит и какие, например, различия можно было бы предположить. То есть при таких исследованиях мы целиком зависим от *способов переживания* плохого настроения и его глубины и только на их различия можем указать или, по крайней мере, попытаться это сделать.

Несмотря на постоянно присутствующий элемент подпочвы, психическая жизнь проникнута поддающимся рациональному объяснению реагированием на события, и психический настрой определяется им в значительной степени. Прежде всего настроением управляют, конечно, актуальные, волнующие события. Если таковых в наличии нет, то настроение, если оно не слишком индифферентно или, несмотря на определенную окраску, не имеет доминирующего содержания, диктуется свободно возникающими темами мыслей, воспоминаниями о пережитых событиях, а также мыслями о будущем, которые являются по сути фантазированием, предвосхищением (как, например, тревога или предвкушение радостного события). Все это имеет, часто без объяснимого повода, различный по силе эмоциональный вес. Среднее же настроение определяется подпочвой.

От этой непережитой и не подлежащей переживанию подпочвы реакций на события следует отличать

пережитый *фон*[48] некоторых реакций на события. Вот пример одной из простых *фоновых реакций:* человек получает утром письмо, содержание которого его слегка расстраивает. И хотя он не весь день думает об этом, но все же чувствует какое-то смутное напряжение. В течение этого дня происходит нечто, что в другие дни не стало бы причиной сколь-нибудь значительной эмоциональной реакции. Но теперь, на фоне предшествующего впечатления, происходит сильная реакция, обычно скорее раздраженного, чем печального типа. Поэтому, а также по причине переменчивости, вряд ли можно говорить о настоящей фоновой *депрессии.* Фоновая реакция имеет место также, когда человек, страдая весь день от головной боли, необычно сильно реагирует на что-то само по себе незначительное или когда после душевного потрясения у него какое-то время сохраняется напряжение с повышенной в целом способностью к депрессивной реакции.

Сам фон может, как это видно из примеров, быть мотивированным или иметь объяснимую соматическую причину. Но он может также основываться на той самой непережитой подпочве, когда, например, у человека без видимых причин бывает “плохой день” и он остро реагирует на мелочи, которые в другой день были оы ему безразличны. Понятие фоновой реакции нельзя преувеличивать. Оно подразумевает, что нечто *пережитое,* хотя и не всегда сразу приходящее на па-

---

[48] “Фон” — тоже важное для мышления Шнайдера понятие, которое объясняется здесь внятно и — в отличие от подпочвы — конкретно. В этом варианте оно происходит из структурной психологии своего времени, которая, в частности, исходила из того, что важнейшие свойства одной вещи или двух понятий проявляются при противопоставлении их друг другу. При этом передний план и фон относились к часто называемым парам понятий. Более точно это было разработано с помощью понимания образов, при котором следует различать передний план и фон. Это представление было поддержано также в гештальттерапии. Оно исходит. в частности, из предположения, что невротик не может правильно различать передний план и фон.

мять, влияет на реакцию на *другое* событие. Это влияние может выражаться в усилении или ослаблении этой реакции.

Если при обсуждении подпочвы и фона мы приняли за исходный пункт депрессивную реакцию на события, то это ни в коем случае не означает, что данную точку зрения следует учитывать только при этой реакции. Она применима ко *всем* типам реакций на события. В качестве модифицирующего фактора всегда важна подпочва, но пережитый фон тоже нередко имеет место. Так, после перенесенного испуга может сохраняться пугливость, а после пережитого страшного события — боязливость.

Аномальные реакции на события отличаются от среднего уровня нормальных реакций на события прежде всего своей необычной силой (к чему следует отнести и неадекватность в сравнении с поводом), аномальностью продолжительности или внешнего выражения либо аномальным поведением. Между такими аномальными и нормальными реакциями на события имеются расплывчатые переходы. Часто зависит в значительной степени от наблюдателя и его оценки причин, будет ли та или иная реакция охарактеризована уже как аномальная. Безутешное горе по поводу утерянной почтовой марки или поломанного растения в саду для коллекционера или садовода-любителя более “нормально”, чем для других. Бывает также аномально слабая или аномально краткая реакция в сравнении с вызвавшим ее событием — вспомним о вялых реакциях бесчувственных психопатов.

Могут ли реакции на события отличаться от нормы также *качественно,* как это частично происходит с переживаниями психотических личностей, сказать трудно. Есть тенденция относить сюда реактивное галлюцинирование, реактивное помрачение сознания, Реактивно-психогенные телесные расстройства, однако на-

меки на все это есть в жизни каждого. Таким образом, мы имеем выбор: приписывать каждому человеку качественно аномальные реакции на события или интерпретировать их лишь как аномально-интенсивные.

До сих пор мы имели в виду только реакции на *внешние* события. Но существуют также реакции на *внутренние* события: на внутреннюю неуравновешенность, напряженность, особенно на ситуации, связанные с влечениями. В этих случаях мы говорим о *реакциях на внутренние конфликты.* Дело здесь не в *самих* недостатках и дисгармонии, а *в болезненном отношении к ним,* то есть именно в *реакциях* на внутренние конфликты. Поэтому резко разграничить их с реакциями на внешние события нельзя, так как они часто порождаются этими событиями. Девушка, которая кажется себе некрасивой и постоянно страдает из-за своей внешности, будет подавлена еще больше, если любимый человек по этой причине разлюбит ее или ее внешность заставит его, несмотря на известную симпатию, отстраниться от нее. Нечто подобное КРЕЧМЕР образно называет "ключевым переживанием"[49], когда оно с необычайной точностью попадает в уязвимое место. Ключевые переживания усиливают и упрочивают внутренние конфликты.

Это приводит нас *к роли личности* в реакциях на события. Реагирующей всегда является личность, которая и обнаруживается только в своих реакциях, и только по

[49] Согласно Э.Кречмеру, "ключевое переживание" — это особенно интенсивное переживание, которое становится исходным пунктом аномального психического развития. "Такие переживания имеют особую тенденцию извлекать из определенной личности характерные для неё реакции ("личностные реакции")... Так, переживание какой-то небольшой сексуально-этической неудачи может оказывать специфически раздражающее действие на чувствительный тип характера, тогда как для человека воинственно-склочного склада она, возможно, пройдет незамеченной". Подобные ключевые переживания, по мнению Кречмсра, могут при известных обстоятельствах становиться отправной точкой паранойи.

ним можно судить о ней и описывать ее. Но здесь нас интересует следующее: *реакции на внутренние конфликты связаны с совершенно определенными личностями,* а именно почти всегда с сенситивными, не уверенными в себе. (Всякое ощущение себя несчастливым происходит от неуверенности в себе. Самоуверенность не дает для этого ни малейшего повода, она легко справляется и с внешними превратностями). *Реакции на внешние события в общем более сверххарактерны,* они свойственны всем людям: каждый может о чем-то грустить или чего-то бояться. *Однако:* чем ничтожнее повод для грусти или страха и чем аномальнее масштабы, внешний вид, продолжительность этих реакций или вызванного ими поведения, тем больше значение следует придавать личности. Хотя при соответствующем поводе реакцией каждого человека является грусть или страх, некоторые реагируют так даже по самому ничтожному поводу, а по более серьезному — особенно интенсивно и длительно. Это, однако, никоим образом не означает, что тяжелые состояния печали или страха при серьезном поводе имеют предпосылкой какую-то определенную личность. Однако действительно бывают и такие реакции на внешние события, которые в аномальной степени связаны с совершенно специфическими личностями: например, ярость и ревность.

В своих рассуждениях мы имеем в виду те аномальные реакции на внешние события, которые являются более или менее сверххарактерными. Реакции характерогенные, обусловленные личностью приводят нас непосредственно к патохарактерологии, к аномальным (психопатическим) личностям, так же как и реакции на внутренние конфликты, хотя при них мы принимаем во внимание ключевые события. Рассмотрение здесь связей и различий между нашей точкой зрения и КРЕЧМЕРОВСКИМ противопоставлением "примитивных

реакций” и “личностных реакций”[50], а также “личностных реакций” и “реакций на обстановку”[51] BRAUN'а, завело бы нас слишком далеко. Оба, кстати, используют выражение “реакция на событие”.

За исключением, может быть, неприжившихся “ситуационных реакций” HOMBURGER'а, все обозначения того, что мы называем аномальными реакциями на события, являются спорными. Они выражают не осмысленное реагирование на события, а позволяют предполагать чисто физические реакции либо физические, которые затем вторично сказываются и на психике, как это подразумевают “экзогенные формы реакций”[52] BoNHOEFFER'а. Следует напомнить, какие в его время были разногласия по поводу “шизофренического типа реакций”. Один понимал под этим физическую реакцию с шизофреническими картинами, другой — реакцию на события с шизофренической симптоматикой.

---

50 “Личностные реакции”, по Э.Кречмеру, — это такие реакции на события, при которых личность проявляется полностью, так что они, в противоположность примитивным реакциям, приводят к развитию и отражению всей личности.

51 Шнайдер ссылается здесь на Эрнста Брауна, который приводит эти различия своей книге “Витальная личность”. Однако научными дискуссиями они почти не были поддержаны. В этом абзаце обобщается современная Шнайдеру дискуссия вокруг данной темы или же ее правильного наименования. Большая её часть сегодня уже не актуальна, но представляется примечательным, что названные авторы явно единодушны по воду того, что аномальная реакция на события представляет собой диагностическую единицу. Однако в DSM III/IV и ICD 10 этой единицы уже нет, в том числе и под другими обозначениями. Даже большой и разнородный раздел “посттравматические стрессовые расстройства” (PTSD) в качестве диагностического понятия аномальной реакции не содержит, поэтому целесообразно его применять, вероятно, лишь к небольшой части случаев, которые имеются здесь в виду.

52 K.Bonhoeffer (1908, 1910) называл их острыми экзогенными типами реакций. Имеются в виду острые, соматически обусловленные психозы, выступающие как симптом (эпифеномен) (постижимого) соматического заболевания. Ведущим клиническим симптомом является помрачение сознания, которое в редких случаях может и отсутствовать. Возможно формирование целого ряда различных картин состояния.

Последнее, впрочем, бывает только у больных шизофренией, если закрыть глаза на внешние аналогии. Такими двусмысленными обозначениями являются, в частности "патологическая реакция", "аномальная реакция", "аномальная психическая реакция". "Психопатическая реакция" сказать нельзя, гак как при этом думают о реакциях психопатов. Приемлемо выражение "психогенная реакция", однако со временем оно приобрело звучание, напоминающее о целевых реакциях, о тенденциях, хотя именно тенденции бессмысленно обозначать как "психогенные". Мы даже говорим иногда о "психогенном сумеречном состоянии" или "психогенных психических расстройствах". *Здесь* слово "психогенный" имеет смысл, а именно *как противоположность* органическому физическому расстройству, органическому — например эпилептическому — сумеречному состоянию. *Без* этого противопоставления "психогенный" будет всего лишь суждением, даже оценкой, подразумевающей нечто ненастоящее, притворное, желаемое, нечто "псевдо". Сегодня принято, хотя и не рекомендовано, расширять выражение "психогенный" в этом направлении, противопоставляя его "настоящему". В этом случае психогенное утрачивает свой языковой смысл и становится чем-то совершенно другим. Этот — уже морализаторский — оттенок понятия "психогенный" не позволяет нам больше противопоставлять "психогенную" (на нашем языке — реактивную) депрессию эндогенной, как это делал еще LANGE. Притом совершенно по праву, поскольку это было бы по сути тоже вполне обоснованное противопоставление, также соответствующее языковому смыслу слова "психогенный". В клинической обиходной речи можно говорить просто о "реакции" (например, в противоположность "психозу"), имея при этом в виду реакции *на события.* Здесь мы тоже иногда так поступаем. Пользуясь, таким образом, обозначением "психогенный",

мы, как и все в последнее время, отвергаем обозначение “истерический”, равно как и выражение “невроз”[53]. Слово “истерический” превратилось в ничего не говорящую оценку. Выражение “невроз” в языковом отношении полностью противоречит сегодняшней интерпретации того, что под этим подразумевается[54]: именно благодаря достижениям новейшей психопатологии и психотерапии установлено, что это не *нервные,* а психические расстройства. Кроме того, выражение “страдать неврозом” слишком легко освобождает “невротика” от ответственности, которую он должен на себя брать. Человек не *страдает* неврозом, а *является* невротиком. Осознание этого — первое, чему он должен научиться, если хочет выздороветь. Если в понятие “невроз” привносятся ставшие несознаваемыми, не хранящиеся в памяти события, то совпадение с аномальной реакцией на события становится, впрочем, неточным. Здесь нет необходимости рассматривать это подробнее. Мы никогда не используем также обозначение “психоневроз”[55], которое ничего не добавляет к сути и в общем-то проходит мимо нее.

---

[53] Это опять-таки соответствует классификации DSM III/IV, которая вместо “истерический” использует новый термин “гистрионический”, а слова “невроз” тоже полностью избегает.

[54] Шнайдер напоминает здесь о том, что термин “невроз” был введен Cullen'ом для всех заболеваний нервной системы (в том числе периферийной), причину которых невозможно обнаружить, и долгое время использовался в этом качестве.

[55] Термин “психоневроз” был введен в 1894 г. Фрейдом для неврозов, симптомы которых представляют собой символическое выражение раннедетского, неактуального конфликта. Для Фрейда это было термином, противоположным “актуальным неврозам”, и включало главным образом неврозы перенесения и нарциссические неврозы (психозы). Тем самым “психоневроз” у Фрейда не является синонимом “невроза”, поскольку актуальные неврозы исключены. В другом смысле термин “психоневроз” использовал P.-C.Dubois, а именно для обозначения неврозов с известной причиной и для разграничения с вышеупомянутым понятием невроза, введенным Cullen'ом.

Таким образом, мы исчерпываем всю эту область следующими понятиями:

1. *Аномальные реакции на внешние события.* Это аномальные реакции на события в более узком смысле.

2. *Реакции на внутренние конфликты.*

Обе группы могут обнаруживать картину психогенных соматических расстройств. Здесь мы говорим о первой группе, а именно о более сверххарактерных видах. Из этого “более” ясно, что между ними и характерными видами реакций имеются плавные переходы. Обе группы могут приводить к аномальным *событийно-реактивным развитиям.*

Напомним, что всюду здесь выражение “болезнь” неуместно. Мы неоднократно сужали понятие болезни в психиатрии до психических расстройств, вызванных соматическими причинами, и не имеем возможности обосновывать это здесь. А поскольку речь идет не о болезнях, то и лечение может заключаться, за исключением самой незначительной помощи, не в медицинской терапии, а лишь в психотерапии[56].

Аномальные реакции на события описываются чаще всего по внешне выделяющимся клиническим картинам: реактивная депрессия, реактивное сумеречное состояние, реактивный “бред”. Выше мы видели, что реакции на события являются *эмоциональными* ответами на события, и виды этих эмоций мы делаем принципом классификации. Таким образом, мы описываем аномальные реакции на события в соответствии с их *основной эмоцией,* а потому сталкиваемся, например, с реактивными сумеречными состояниями многократно: они встречаются и при испуге, и при страхе, и при ярости, редко также при печали. А параноидные реакции

---

[56] Это писалось до наступления эры психофармакологии, когда были разработаны вещества, в принципе способные оказывать действие на любое психическое расстройство.

бывают при страхе, ревности и вследствие душевного стыда. Правда, ярость, ревность и стыд выходят уже за рамки нашей темы, как мы сейчас увидим.

Есть разные виды душевных эмоций, каждая из которых может когда-нибудь сыграть роль основной эмоции для аномальной реакции. Отчасти обозначения подразумевают лишь виды, оттенки, вариации главной эмоции: так, озабоченность и ностальгия относятся к тоске, зловещее чувство и боязнь — к тревоге, ярость — как крайняя степень — к злости и гневу. Здесь для нас представляют интерес малейшие разновидности и оттенки чувств, для которых в нашем языке имеется огромное количество наименований. Соответствующие им реакции по большей части отражаются в жизни, не достигая клинически значительной степени. Здесь, однако, мы рассмотрим подробнее лишь те эмоции, из которых возникают состояния, которые восходят к клинике, иногда приобретают масштабы психозов и в отличие от настоящих психозов могут приводить также к дифференциально-диагностическим соображениям. Речь идет, пожалуй, лишь о *тоске, испуге* и *страхе* (боязни). Другие виды эмоций, которые сами по себе важны для психиатрии, — ярость, ревность, недоверие, душевный стыд — мы встречаем в качестве выраженных аномальных реакций *только у определенных личностей* и поэтому останавливаемся на них здесь лишь попутно.

Возможно, представляет интерес то, какую долю среди пациентов клиники в большом городе составляют аномальные реакции на события. За период 1934-1938 гг. в психиатрическом отделении городской больницы Мюнхен-Швабинга на 7571 пациента приходилось 953 аномальные реакции на события, то есть 12,6%, из них 11% случаев у мужчин, 14% — у женщин. Среди аномальных реакций на события примерно 75% составляли пациенты с реактивными депрессив-

ными состояниями, которые очень часто поступали к нам после попыток самоубийства. Конечно, статистическое отнесение аномально реагирующего к этой группе или к психопатическим личностям часто происходит произвольно. Однако в течение упомянутого периода времени не наблюдалось большой разницы в удельном весе этих групп. Решающей для причисления к одной или другой группе была точка зрения, представленная и здесь: если при реакции главное значение имела личность, а не внешние обстоятельства, случай зачислялся в группу психопатических личностей.

П.

Прежде всего мы поговорим о реактивной, мотивированной депрессии, о *тоске* по поводу чего-то[57]. (При этом нельзя упускать из виду, что депрессивные реакции бывают не только на свершившиеся факты, но и на сообщение или предзнаменование какого-то происшествия или его возможности, то есть на угрозу). В крайних случаях это можно сравнить с каменной глыбой, брошенной в реку и задерживающей ее течение. Мысли постоянно возвращаются к одной, которая над всем доминирует и все затмевает. Она пробивается сквозь все остальное, не дает возникнуть никакой другой мысли, мешает радости, превращает прекрасное в муку, парализует деятельность и глубоко затрагивает также физические процессы. Эта тоска не привязана к определенной индивидуальности, но в зависимости от нее выглядит по-разному. Один человек реагирует де-

---

[57] Сегодня, выполняя соответствующие критерии, это следовало бы определить, согласно DSM IY, как “major depression” (“большую депрессию"). В “диагностических исследовательских критериях”, предшествовавших DSM III, имелось также “minor depressive disorder” (“малое депрессивное расстройство”), которого, однако, уже нет в DSM IV.

прессивно уже по незначительному поводу, другой — только по серьезному, один реагирует сильно, другой — слабо, один — глубоко, другой — поверхностно. Об одном говорят: “он все принимает близко к сердцу”, что подразумевает повод, а о другом: “у него это легко проходит”, что подразумевает продолжительность реакции. Индивидуальность накладывает также отпечаток на менее формальные внешние проявления состояния: в зависимости от индивидуальности тоска бывает мягкой, апатичной, спокойно-терпеливой, пассивно-страдальческой, смиренно-покорной или же полной нетерпения и протеста, мрачной, угрюмой, раздражительной, фанатично-озлобленной. В этом случае часто происходит поиск виноватых, выражающийся в агрессивных упреках и жалобах. Человека глубоко характеризует то, как он переносит и осмысливает страдание. Между прочим, редко встречаются депрессивные личности, которые впадают в тяжелое реактивное расстройство. Они слишком привычны к печалям и тревогам, чтобы какое-либо страдание могло стать для них неожиданным потрясением. Правда, это не закон. Есть также депрессивные люди, которые впадают из одной депрессивной реакции в другую.

Тоска, в частности, имеет различные краски: простое оплакивание, раскаяние, беспокойство, ностальгия являются таковыми. Сообразно с сущностью реакции на события тоска прекращается с устранением причины. Но в редких случаях после этого сохраняется состояние апатии, невозможности собраться с силами. То есть действие события длится дольше, чем само событие, чисто каузально, не являясь больше мотивом. Иногда сохраняется также склонность депрессивно реагировать даже по самому ничтожному поводу, склонность к растроганности и слезам. Такие реакции, для осуществления которых необходим фон пережитого страдания, мы относим к фоновым реакциям.

Каждое значительное событие, прежде всего печальное, делит жизнь на “до” и “после” — “отрывая Прежде от Потом” (Рильке). Когда эта граница снова становится размытой, это признак стирает события из памяти (исцеления). Если объект, причину печали невозможно изменить или устранить, то событие должно быть осмыслено. При всяком сколь-нибудь значительном событии это происходит не без неоднократных рецидивов. Мы ведь говорили о временных реакциях, и можно сказать, что у глубоких натур ни одно серьезное горе не проходит окончательно и безвозвратно, они не могут преодолеть его настолько, чтобы оно не могло в любой момент возникнуть снова и причинить новые хлопоты. Возможностей такого преодоления множество: просто иссякание переживания и зарубцовывание душевной раны, смирение, отречение, самоотверженность, забота о другом, обесценивающая переживание обида, отвлечение и “наркоз” (в том числе в виде работы), религиозная покорность, подчинение, согласие. Часто прибегают одновременно или последовательно к различным способам исцеления. То, каким образом человек пытается осмыслить свое горе, справиться с ним, тоже характеризует его личность. Задача психотерапии — помочь ему в этом. Если причина огорчения устранима (например, супружеский конфликт), можно попытаться уладить дело, став посредником между сторонами. Если она неустранима, то помочь нужно при осмыслении ситуации. С чего здесь начать, зависит и от личности опечаленного, и от личности того, кто ему помогает, и от их обоюдного мира ценностей. В основу психотерапии может быть положено Я, или Ты, или Нечто[58]. Помогающий либо хочет навязать доверившемуся ему человеку свои собственные оценки и переделать его “по своему образу и подо-

[58] Не во фрейдовском смысле, как станет ясно из дальнейшего.

бию", либо искусно пытается работать с теми возможностями, желаниями, целями, которые заложены в друтом, и с их помощью способствовать его восстановлению, либо применяет терапию, ориентирующуюся на стоящее выше обеих сторон и обязывающее Нечто: прочное, передаваемое из поколения в поколение мировоззрение. В конкретной психотерапевтической практике эти возможности чаще всего смешиваются.

В психиатрической клинике редко можно видеть однозначно глубокие простые депрессии. Чаще обнаруживаются астенические картины, связанные с угнетающими переживаниями: человек ни в чем оольще не участвует, распускается, не может собраться с силами. Часто встречается упрямое подавление своих чувств, но еще чаще - тенденция к фальши, самообман, форменное наслаждение страданием. Да, бывает и самолюбование, эксплуатация своего горя, чтобы иметь возможность снова и снова беседовать с врачом, наконец — стремление вызвать к себе интерес, вплоть до настоящих спектаклей. Нередки случаи, когда при появлении врача больной делает скорбную мину, а в отсутствие наблюдателей все исчезает. Но, конечно, бывает настоящая потеря самообладания. Причина того, что встречается так много фальшивых или ставших фальшивыми депрессий, заключается, вероятно, в следующем: сорт людей, которые с *горем* идут к *врачу,* мы можем в общем назвать негативным. Предыдущим поколениям не пришло бы в голову считать скорбь "болезнью" и таким способом избавляться от нее. И недаром и в наши дни это вызывает сопротивление у зрелого человека, который воспринимает свою судьбу как стоящую перед ним задачу и принимает ответственность за нее на себя.

Более богатые клинические картины, к которым только что сказанное, конечно, не относится, встречаются при депрессивных реакциях не часто. Назовем

единичные случаи обмана чувств, прежде всего в полусне: образы и оклики, например, оплакиваемого покойника. Очень редко случаются сумеречные состояния. При всяких угнетающих переживаниях часты психогенные соматические расстройства. Горе “бьет” по тому или другому месту, однако чаще всего по уже предрасположенным органам. Таким образом могут быть активизированы и некоторые болезни, например, язва желудка или диабет. Грубые психогенные физические расстройства — паралич, дрожание, судороги — при реактивных депрессиях редки. Не по своей воле попадают к врачу депрессивно реагирующие после суицидальных попыток, которые могут предприниматься как с целью избавления от невыносимой ситуации, так и необдуманно, в состоянии острого аффекта, как реакция срыва, что встречается гораздо чаще, прежде всего у женщин (G.SCHMIDT). Среди других необычных поступков депрессивно реагирующих можно назвать алкогольные эксцессы, побеги, а при ностальгии — очень редко — поджоги или преступления против жизни детей. Молоденьким служанкам в прежние времена это казалось иногда единственным выходом, чтобы вернуться домой.

Здесь мы не будем подробно останавливаться на *дифференциальном диагнозе* в отношении *циклотимной* (“эндогенной”) *депрессии.* Если циклотимные депрессии вызваны пережитыми событиями что может случаться, то далеко не всегда эти переживания составляют содержание плохого настроения, и с их исчезновением депрессия проходит. Часто отсутствует даже приблизительная соразмерность события, вызвавшего реакцию, тяжести переживаемых мучений. Поскольку и циклотимная депрессия часто бывает тематически связана с давно минувшим, при дифференциальном диагнозе важно помнить о том, что бывают и *временные* (интермиттирующие) реакции на события, которые мы

уже описывали выше. Впрочем, дифференциальный диагноз между депрессивной реакцией на событие и циклотимной фазой лишь в крайне редких случаях надолго остается сомнительным.

Противоположность (грубо говоря) реактивной депрессии — реактивная мания — не имеет клинического значения. Эмоции с положительным знаком никогда не приводят к аномальным реакциям на события в широком масштабе. В небольшой степени мы видим “сумасшествие” от радости только в свободной жизни. То, что радость проходит гораздо быстрее, чем горе, относится к человеческой сущности. Более ста лет назад DOMRICH метко заметил: “Печаль сама себя питает, радость себя пожирает”.

При *испуге* различают чисто рефлекторную реакцию испуга и реакцию на *событие* с пугающим *содержанием.* В первом случае человек бывает *чем-то* напуган, во втором — пугается *из-за* чего-то. В первом случае это испуг вследствие чувственного впечатления —резкого звука, внезапного оптического явления, прикосновения холодной руки, во втором — вследствие *значения* чувственного восприятия, и тогда само оно не обязательно должно иметь что-то рефлекгорно-пугающее. Так обстоит, например, с произнесенными или написанными словами, которые сообщают какую-то пугающую новость. Только испуг из-за содержания, из-за смысла какого-то восприятия является реакцией на пугающее *событие.* При этом душевном испуге сила восприятия совершенно неважна. Военный постовой не пугается выстрелов собственной артиллерии, но пугается, может быть, при малейшем шорохе впереди. Девушка пугается внезапно появляющегося в темноте человека, хотя это *не обязательно* является раздражением органа чувств, вызывающим рефлекторный испуг. Можно спросить, не следует ли уже назвать подобный душев-

ный испуг “страхом”, возникающим из усвоения угрожающего смысла того или иного воспринятого явления.

Мы не будем здесь описывать частично вазомоторные физические реакции испуга. По большей части к вазомоторным следствиям относят и “эмоциональный паралич” (BAELZ)[59] — период безразличия, безучастности после испуга. Эта точка зрения — не более чем предположение. Против нее говорит и то, что другие душевные потрясения без грубых вазомоторных последствий тоже нередко имеют следствием этот эмоциональный паралич — например, депрессивная реакция. Душевная боль сменяется тупой апатией. В “Избирательном сродстве”[60] говорится: “К счастью. человек способен лишь до какой-то определенной степени вмещать несчастье; все, что выходит за эти пределы, уничтожает его либо оставляет равнодушным. Есть ситуации, в которых страх и надежда сливаются вместе, взаимно уравновешиваются и исчезают в темном бесчувствии”.

Со многих точек зрения и известные *сумеречные состояния* после испуга рассматриваются как чисто рефлекторные вазомоторные явления. Такое иногда возможно, однако чаще всего речь здесь идет, безусловно, о воздействии *содержания* испуга, то есть фактически о реакции на пугающее *событие.* Ее следует принципиально отличать от страха и боязни, если уж не всегда отделять от них. Событие ведь может миновать и уже не грозить опасностью, можно “отделаться испугом”, как всадник Г.Шваба, который узнает, что проскакал по

---

[59] E.Baelz (1901) обозначал как “эмоциональный паралич” то, что прежде было известно как “эмоциональный ступор” — наступающее при внезапных и тяжелых душевных потрясениях (испуге, страхе перед смертью, угрожающих жизни катастрофах, ураганном огне) подобное параличу торможение аффективной деятельности, а иногда также моторных способностей, при продолжающихся процессах мышления.

[60] Роман В.Гете.

заснеженному Боденскому озеру[61]. И тем не менее ввиду пережитой опасности возникает душевное потрясение, которое может выражаться и в виде помрачения сознания. Разумеется, предпосылкой любой реакции на пугающее событие является действительная или мнимая, существующая или уже пережитая опасность для человека или его ближайшего окружения. Например, известие о разрушении какого-то города в строгом смысле испугает кого-то лишь в том случае, если у него в этом городе есть близкий человек или что-то дорогое ему. Поэтому не каждое потрясение “ужасными новостями” или “картинами ужаса” является психической реакцией *испуга* в собственном смысле, но часто бывает более похожим на ужас, печаль, а также отвращение. Сумеречные состояния наступают порой лишь некоторое время спустя после пережитого испуга: так давлению нужно время, чтобы пробить предохранительный клапан. Сумеречные состояния иногда повторяют пережитую ситуацию. RAIMANN назвал это “бредом воспоминаний”[62]. Однако бывает и так, что содержанием этих состояний является нечто совсем другое, веселое, чисто внешнее, что можно было бы назвать “бредом вытеснения”[63]. При всех психогенных суме-

[61] Согласно старинному сказанию, один всадник проскакал по замерзшему Боденскому озеру, не зная, что гладкая поверхность под ним — это озеро. Когда на берегу ему об этом сказали, то от ужаса перед имевшей место опасностью он упал замертво. Густав Шваб (1792-1850) написал на этой основе стихотворение, благодаря которому сказание, собственно, и стало по-настояшему известным. Выражение “всадник над Боденским озером” вошло в поговорку как обозначение человека, бурно реагирующего на неопознанную чрезмерную опасность.

[62] Так Raimann обозначал аффективно-окрашенные воспоминания, например, при реактивном состоянии. При этом воспоминания, например, о сценах супружеской ссоры переживаются заново с частично фантастическим искажением при сильном аффекте.

[63] Здесь “вытеснение” употреблено во фрейдовском смысле.

речных состояниях возникает вопрос: можно ли здесь обойтись без допущения некоего “удара” по телесному, некоего соматического “превращения”? Это относится и к тем случаям, когда реагируют на *содержание* чего-то ужасного, а не рефлекторно на его чувственно воспринимаемое содержимое, прежде всего на его интенсивность. Лишь такие сумеречные состояния, вероятно, заслуживают этого имени, и все остальное, им называемое, следовало бы отнести к несерьезному жеманству. Столь часто встречающееся токсическое, прежде всего алкогольное или медикаментозное, напластование (“замазывание”) нередко выявляет и здесь окраску помрачения сознания, которое в этом случае имеет *другое* происхождение. Также и для психогенных соматических нарушений мы должны, в противоположность сделанному сознательно, требовать приведения в действие имеющегося соматического “аппарата”. Поскольку они, а также, возможно, психогенные помрачения сознания находятся в распоряжении целевой тенденции, здесь практически выявляются расположение уступами и переходы.

Психогенные соматические расстройства после испуга проявляются прежде всего в виде *фиксации рефлексоподобных физических состояний, сопутствующих* испугу или *следующих* за ним: потери речи, заикания, параличей, дрожания, тиков, обмороков, иногда с судорогами. Все эти явления, прежде всего эти фиксации, особенно часто встречаются в тех случаях, когда с реакцией испуга связан страх перед возвращением опасности и отсюда стремление выйти из опасной ситуации или больше не попадать в нее.

Реакции на пугающие события сами по себе сверххарактерны, однако бывают пугливые и менее пугливые люди, хотя эти характеристики подразумевают скорее рефлекторную реакцию испуга. При этом большое значение имеют настроение в соответствующий

день. предшествующий опыт, пространственная и временная ситуация. В зависимости от ситуации человек пугается более или менее сильно. Если в мирное время при звуке хлопнувшей двери он лишь рефлекторно вздрагивает, то во времена воздушных налетов от этого же звука он пугается гораздо сильнее не только рефлекторно, но часто и психологически, предчувствуя опасность. И в этом случае главной несомненно является реакция *страха,* которая здесь неразрывно связана с рефлекторной и психологической реакцией испуга.

Существуют различные виды *страха.* В последнее время становится все более общепринятым называть так лишь немотивированный страх, а мотивированный — “боязнью”. Мы следуем, однако, языку, от которого никогда не следует без нужды отклоняться, а в этом языке известен и страх “перед чем-то”. То есть страх бывает и мотивированным, и беспричинным, тогда как боязнь всегда мотивированна, реактивна. Беспричинный страх может быть физическим чувством, локализирующимся в груди, в области сердца. а также рассеянным по всему телу. Но бывает и психический немотивированный страх, как бывают вообще нереактивные психические ощущения: некая неопределенная, бессодержательная тревога. То есть это не реакция на событие. Разумеется, в таких случаях можно спросить, не был ли ее мотив всего лишь утрачен, “вытеснен” — то ли совсем забыт, то ли не признан в качестве причины страха. Допуская такие “бессознательные реакции”, следует быть очень осторожными, так как тем самым любое психическое расстройство без объяснимой соматической основы, а также любой психоз можно истолковать как реакцию на события, что и проделывает в широких масштабах психоанализ. То, что существует страх, не признающийся в своей причине или не знающий ее, — это факт. Прежде всего состояния страха у детей и подростков часто связаны с событиями, хотя и

ставшими неосознанными, но осознаваемыми смутно, с будоражащими впечатлениями, особенно с первыми полуосознанными сексуальными опытами и связанным с этим чувством вины. Это возвращается и в сновидениях, и тогда часто пробуждение или полупробуждение дает картину pavor nocturnus. Другие беспричинные страхи подлежат, безусловно, иному толкованию — не как страх, утративший свою причину, а как первобытное чувство, присущее человеческому бытию. *Если подумать о человеческом бытии, то гораздо больше нуждается в объяснении то, что человек почти никогда не испытывает страха. чем то, что он иногда его испытывает.*

Мотивированный страх мы тоже называем "страхом", а не всегда "боязнью". "Страх" звучит в целом более элементарно, более эмоционально и инстинктивно, "боязнь" — более рационально, рассудительно. В начале мотивированного страха часто стоит душевный испуг: испуганно осмысленное угрожающее значение того или иного ощущения. Физические симптомы, сопутствующие любому виду страха или являющиеся его следствием — такие же, как и при переживании испуга. При неостром страхе они не столь отчетливы, но беспокойство, давление, болезненное напряжение присутствуют всегда.

Психическим следствием более сильно мотивированного, как и немотивированного страха нередко бывает *основанное на иллюзии* неверное восприятие безобидных вещей, как в "Лесном царе"[64], что еще больше усиливает страх.

---

[64] В балладе Гете "Лесной царь" отец скачет ночью через лес со своим преисполненным страха ребенком. Ребенок истолковывает (иллюзионирует) небесные явлсния и шорох листвы как манящий и в то же время угрожающий образ Лесного Царя и умирает от страха. Это вымысел Гете, основанный всего лишь на созданной Гердером детской песне.

Сумеречные состояния имеют место и при страхе. Что-либо подобное почти никогда не наблюдается в мирное время, а также не наблюдалось в войну во время воздушных налетов на нашу страну. На фронте[65] мне встречались следующие типичные случаи: обычное боязливое возбуждение и замешательство, патетическое, торжественное напряжение и приподнятость, апатический ступор и псевдодеменция с явно бессмысленными или детскими ответами. В последнем случае, как правило, можно было допустить целевую реакцию, о которой мы еще будем говорить. Также и в других случаях действительное помрачение сознания часто было спорным, и, конечно, едва ли можно было установить, что больше является причиной: пережитый испуг или страх.

На войне часто бывало трудно провести дифференциальный диагноз между психогенным сумеречным состоянием и шизофренией. Причины кроются частично в затрудненности обследования, частично в напластовании картин из-за медикаментов, частично в отсутствии истории болезни. Редко удается узнать, действительно ли человек, переживший, как и все, “нечто особенное”, перенес еще и нечто “совсем особенное”. Более глубокая проблема заключается в том, что и у больных шизофренией, особенно в острой форме, на поле сражения темой, содержанием часто бывают опасность и борьба, вследствие чего их внешние проявления сближаются с реактивными сумеречными состояниями. Поскольку и “симптоматические” психозы любого вида, равно как и сновидения, на войне очень богаты содержанием, притом военным содержанием, всесторонний диагноз может стать затруднительным.

[65] Проанализированный здесь опыт Шнайдер приобрел во время 1-й мировой войны, в которой принимал участие.

Повышенная температура не может без колебаний истолковываться в пользу симптоматического психоза, так как она бывает у многих солдат в качестве побочного явления, особенно в периоды простудных и кишечных заболеваний. Скопление психозоподобных картин, скажем, в одном дивизионном медпункте, естественно, всегда говорит против шизофрении. Однажды я наблюдал одновременно три таких спорных случая. В отдельных случаях принять правильное решение бывает невозможно даже самому опытному врачу.

Наконец, в очень редких случаях на почве острого панического страха перед непосредственной угрозой со стороны других людей встречаются *параноидные* реакции: неверное, безрассудное восприятие и толкование безобидного, придание ему угрожающего смысла. Здесь тоже может присутствовать чувственная переоценка, основанная на иллюзии.

Один 24-летний крепкий целомудренный баварец, который живет в крошечной деревушке и никогда еще не бывал в большом городе, приезжает в Кельн в гости к своей невесте. Уже вскоре после прибытия ему начинает казаться, что люди за ним наблюдают, а вечером, в приюте для бездомных — что товарищи по ночлегу угрожают ему. В сильном страхе он бежит через город, чтобы в конце концов спрятаться от мнимых преследователей в саду какой-то виллы. Его обнаруживают, и выездная полицейская команда задерживает его как взломщика. Затем следует яростная борьба со служащими полицейского участка и полицейской тюрьмы, которых он считает переодетыми людьми из ночлега. Семерым полицейским он наносит незначительные повреждения. В камере он слышит также, как ему говорят, что его родители погибли и он тоже должен умереть. Два дня спустя он успокаивается, а вскоре к нему полностью возвращается благоразумие и он все объяс-

няет своим страхом. В воспоминаниях об этих двух днях имеются некоторые пропуски. Собранный два года спустя катамнез свидетельствует о том, что ничего необычного в его поведении за это время не было.

Такие реакции мы обозначали раньше как “примитивный бред отношения”, соответствующий КРЕЧМЕРОВСКОЙ примитивной реакции: испуганное реагирование еще до того, как событие правильно воспринято или полностью осмыслено. Для этого не обязательно быть примитивной личностью: в данной ситуации так реагировать может, вероятно, каждый. То есть здесь дело обстоит не так, как при “сенситивном бреде отношения”[66], предпосылкой которого является специфическая личность. Речь, однако, не идет о *настоящем бреде* как “беспричинном” бредовом восприятии, поэтому лучше говорить о *примитивной реакции* отношения. Ложные толкования как раз *имеют* причину: испуганное ожидание. Эти состояния, как правило, довольно быстро проходят в результате утешения и объяснения, и к человеку полностью возвращается благоразумие. В этом же ряду стоят “острый психоз одиночного заключения” (KJRN), некоторые параноидные состояния тугоухих и параноидная реакция в чуждоязычном окружении (ALLERS). Таким параноидным реакциям способствует недосыпание и другие истощающие факторы. Между этими реакциями и реактивными сумеречными состояниями не всегда удается провести границу. *Дифференциальный диагноз с ши-*

---

[66] При “сенситивном бреде отношения” Кречмер (1918) предполагает бредоподобный вид переосмысления пережитого у сенситивно-астенической личности. Речь идет о развитии, которое при сенситивном характере (тонко чувствующий человек, которого легко обидеть, но который тем не менее обладает известной гордостью и честолюбием) постепенно формируется на основе постыдной (моральной) неудачи.

зофренией основывается при обеих этих разновидностях не только на способе возникновения и затухания, но и на симптоматике. Прежде всего, никогда не бывает однозначно шизофренических симптомов. Между такими параноидными реакциями (разумеется, на почве аффектов) и действительными бредовыми психозами никогда не бывает переходов.

Состояния страха тоже приводят к *психогенным соматическим расстройствам* как фиксации самих по себе нормальных характерных симптомов — точно так же, как при испуге. Впрочем, не все психогенные соматические нарушения можно рассматривать как фиксированные характерные симптомы. Иные возникают более рациональным путем, а именно из озабоченного размышления или даже надежды, скажем, на то, что слегка поврежденная рука останется парализованной. Другие пользуются местом наименьшего сопротивления в организме, по которому "наносит удар" душевное волнение, будь то желудок или сердце, о чем мы уже упоминали в связи с печалью, и это имеет место при всех неприятных аффектах. Люди с реакциями страха — совсем не обязательно трусы или "психопаты". В большинстве случаев это не что иное, как "petitio principii"[67], если угодно будет так это назвать. Это относится прежде всего к людям с острыми психогенными соматическими расстройствами после перенесенного страха или испуга.

Во всей этой области часто присутствует уже упоминавшийся *элемент цели.* Даже первые, еще абсолютно неподдельные эмоциональные бури содержат побу-

[67] Petitio principii — (лат.) предвосхищение основания. Логическая ошибка, заключающаяся в скрытом допущении недоказанной предпосылки для доказательства. — *Прим.ред.*

ждение: бежать прочь от опасности и больше ей не подвергаться. Позже это становиться более осознанным. Начинаются размышления, и в соответствии с часто лишь наполовину ясным желанием фиксируется то или иное расстройство, человек “укладывается в него”. Это относится прежде всего к психогенным соматическим расстройствам. Как происходит эта фиксация, что там разыгрывается — совершенно неясно. Как удается человеку развить из боязливой дрожи хронический тремор и поддерживать его?

Впрочем, некоторые целевые реакции такого рода возникают и без этой острой стадии испуга или страха, с самого начала они лишь служат определенной цели, как, например, многие реакции, связанные с желанием добиться пенсии. К этой же группе относится, вероятно, и большинство “психозов”, связанных с лишением свободы и тюремным заключением, а также псевдодементных состояний преступников. Не является целевой реакцией возникающий от страха “острый психоз одиночного заключения”. В общем и целом можно сказать, что реактивные состояния лишения свободы являются либо реакциями страха, либо целевыми реакциями, притом, как правило, совершенно обдуманно разыгранными, то есть симулированными. Очень редко встречается в заключении та или иная психозопо-добная реакция на почве осознания своей вины и стыда, типа “психоза Гретхен”, весьма впечатляющий пример которого привел VILLINGBR. Здесь конечную уверенность в религиозном прощении и помиловании можно понять как путь к спасению себя, если вообще есть желание психологизировать. Труднее понять остро или медленно развивающееся фантастическое исполнение желания иных заключенных предвосхитить оправдательный приговор или земное помилование. Ранее оно иногда описывалось, но никогда не рассматривалось с точки зрения современной психопа-

тологии. Если не принимать во внимание такие крайне редкие, лишь от случая к случаю объяснимые состояния, то можно сказать: эти “психозы” преступников *в большинстве своем* вообще не являются реакциями на событие в нашем понимании. Они являются реакциями лишь постольку, поскольку в любой психической жизни имеет место реагирование. Это, однако, не эмоциональные, а *рациональные* реакции, возникающие из сознающего цель размышления. Конечно, здесь, как и везде, участвуют эмоции: страх перед наказанием и желание его избежать. Но это нечто иное, чем непосредственный, элементарный эмоциональный ответ на событие, как мы этого требуем для реакции на событие.

Впрочем, если ни при непосредственных реакциях на события, ни при целевых реакциях не говорить о “психозе”, то они могут выглядеть как угодно. *Реакция на событие и психоз являются для нас противоположностями.* При этом мы не упускаем из виду, что иногда событие может быть причиной психоза, как и то, что бывают смешения — например, частое реактивное развитие токсического помрачения сознания или еще более частое медикаментозное наслоение и переживание в грезах реакции на какое-либо событие Поскольку содержание, темы всех психозов несут отпечаток событий, то все они имеют в этом переносном смысле свои “реактивные” черты.

Никогда нельзя предполагать реактивного “психоза”, если нет явного и весьма вероятного психического повода. Иначе таким образом можно не распознать манию или шизофрению, особенно с аффектированно-театральной манерой поведения. Многие из прежних “истерических психозов”[68] были действительно психо-

[68] Долгое время были известны истерические или психогенные психозы как общее обозначение группы разного рода психозов, имеющих психическую причину возникновения. Как психогенный психоз могла характеризоваться любая картина психического заболе-

зами. Раньше при постановке этих диагнозов слишком пренебрегали вопросом о реакции, о мотиве и зачастую ни разу не обсуждали его при рассмотрении сообщаемых случаев. Такие психогенные состояния лишь очень редко бывают как будто без явного мотива: почти как сумеречные состояния у медиумов[69], культивированных сомнамбул и часто у загипнотизированных, которые затем тоже спонтанно впадают в такие исключительные состояния. Если и здесь отсутствует непосредственно мотивирующее в каждом случае событие, то эти демонстрации возникают все-таки в большинстве случаев из обычных мотивов, а именно из честолюбивых побуждений и целей. Иногда дело может обстоять так и при повторяющихся психогенных соматических расстройствах.

Таким образом, мы обсудили все аномальные реакции на события, имеющие клиническое значение и являющиеся более или менее сверххарактерными. Уже по ту сторону, естественно, нечеткой границы стоит *ярость* — внезапный разгром собственного Я. Говорят ведь: "он вне себя от ярости". Чем незначительнее повод, которого оказывается достаточно для реакции ярости, тем большее значение имеет индивидуальность. У людей невспыльчивых дело едва ли доходит до настоящей ярости, в лучшем случае — до гнева. Также и реакции *ревности аномального* масштаба связаны с определенными индивидуальностями. Заметить это не так легко прежде всего потому, что бывают различные виды ревности. При ревности на почве любви, на кото-

---

вания, при которой ответственными за возникновение, протекание, содержание, а часто и окончание психоза считались тяжело переживаемое событие или психическая травма.

[69] Здесь, конечно, имеются в виду люди, оказывавшие особенно ценные услуги под гипнозом, или же в спиритизме — особым образом одаренные люди, якобы служившие посредниками между живыми и умершими.

рую способен, вероятно, каждый, мы редко видим *аномальные* реакции, при которых следует, однако придерживаться типа настоящей ревности, а не думать о горе из-за утраты любимого человека, ушедшего к другому, или вообще лишь о “муках отвергнутой любви”. Такие переживания способны привести к очень тяжелым *депрессивным* реакциям. Иначе обстоит дело с той ревностью, которая подразумевает не любимого человека, а оскорбленное самолюбие. Эти реакции демонстрируют лишь определенные люди с уязвимым самолюбием, прежде всего — обладающие экспансивным характером, будь то деятельно-гипертимным или фанатичным его вариантом. Совершенно таким же образом обстоит дело при недоверчивости. *Душевный стыд* у неспецифических личностей тоже приводит лишь к реакциям отношения незначительного масштаба. Если речь идет о более тяжелых, развитых реакциях отношения, то это всегда означает, что перед нами сенситивная, не уверенная в себе личность. Все эти причинные связи, ведущие к различным видам характерных параноидных проявлений, были впечатляюще и убедительно показаны КРЕЧМЕРОМ. Таким образом, при всех этих упомянутых нами напоследок реакциях на внешние события вся ответственность лежит на *личности,* и тем самым наши рассуждения обращаются непосредственно к аномальной, психопатической личности, а это уже выходит за рамки нашей темы.

СЛАБОУМНЫЕ И ИХ ПСИХОЗЫ

I.

Слабоумие[70] лечится в психиатрии мало и плохо, несмотря на то, что является, вероятно, наиболее часто встречающейся психической аномалией. Главные причины тому — с одной стороны, относительно скудная симптоматика, с другой — тот факт, что подавляющее большинство слабоумных находится вне непосредственного надзора психиатров. Даже там, где налицо соматически объяснимая почва, лечение, за редким исключением, является лечебно-педагогическим.

То, что слабоумие является отрицательным фактом интеллекта, нигде не оспаривается. Но что такое *интеллект,* определить нельзя, можно лишь в лучшем случае приблизительно описать. Мы говорим: *интеллект* — это *совокупность мыслительных способностей и процесса мышления, применяемая для решения практических и теоретических жизненных задач.* Это значит не больше, чем другие описания — например, W.STERN'а: "Интеллект — это способность приноравливаться к новым требованиям, целесообразно распоряжаясь мыслительными средствами".

В индивидуальном психическом бытии различают еще одну совокупность — *индивидуальность,* а иногда и третью — *телесную эмоциональную жизнь и жизнь влечении*[71]. Тогда остается еще связка (если мы не хотим отнести ее к индивидуальности) отдельных качеств, которые не охвачены этими двумя совокупностями — индивидуальностью и интеллектом. Таких отдельных качеств, не входящих ни в один из этих крупных комплексов свойств, еще много. Память нель-

---

[70] Выражение "слабоумие" сегодня кажется странным, так как воспринимается как критическое. Но во времена Шнайдера оно было самым обычным выражением и употреблялось параллельно с созданным КРЕПЕЛИНОМ термином "олигофрс-ния". Лишь примерно с 1960 г. оно было заменено "умственной отсталостью".

[71] В главе "Циклотимия и шизофрения" Шнайдер проводит несколько иное деление психической жизни, но и там придерживается традиционного деления на три части, которое, правда, ограничивается (1) интеллектом, (2) индивидуальностью, (3) эмоциями.

зя отнести ни к интеллекту, ни к индивидуальности, сообразительность — лишь с оговорками к интеллекту. Фантазию трудно без колебаний отнести как к индивидуальности, так и к интеллекту. В сущности неважно, на какие части разделить, исходя из дидактических соображений, индивидуальное психическое бытие, связанное с живым человеком. Следует отказаться также от дальнейшего перечисления отдельных качеств, поддающихся различению. Вспомним прежде всего об особых талантах и необыкновенных способностях.

Только о *памяти* и *сообразительности* следует еще кое-что сказать, потому что здесь развертывается принятие психопатологических решений. В психиатрии часто наблюдается тенденция относить хронические, продолжительные выпадения памяти к деменции[72]. Согласно GRLUHLE, поглупение[73] может быть либо по преимуществу амнестическим, затрагивая память, прежде всего способность к запоминанию, либо отражаться на сообразительности или способности к суждению. Здесь, однако, рекомендуется осторожность. Именно память

---

[72] Сам по себе термин "деменция" по-прежнему означает в немецкой психиатрии безвозвратную утрату имевшихся прежде интеллектуальных способностей. Однако известны исключения, когда клиническая картина, которая, согласно традиционному описанию, должна обозначаться как деменция, все же улучшается, по крайней мере частично. DSM III/IV сохраняет в принципе традиционное понятие деменции (и противопоставляет ему "бред"), но дает менее четкое определение, согласно которому главным признаком является "множественное когнитивное нарушение". Поэтому деменцию можно диагностировать уже и в тех случаях, когда временные расстройства интеллекта и памяти препятствуют решению повседневных задач. На основании этого DSM IV ввела понятие "персистирующая деменция", что в соответствии со шнайдеровским словоупотреблением является плеоназмом, так как персистенция уже относится к изначальному понятию деменции. (Плеоназм — (греч.) речевое излишество, вкрапление в речь слов, ненужных с чисто смысловой точки зрения. — *Прим.ред.*)

[73] "Verblodung" ("поглупение") — точный немецкий перевод "деменции". Сегодня, однако, этого выражения избегают, так как оно перешло в обиходную речь и связано с оценкой.

— будь-то способность к запоминанию[74] или способность вспоминать[75] — нельзя с уверенностью отнести к интеллекту, и, следовательно, ее расстройства — к деменции. С таким же успехом можно относить за счет врожденного слабоумия свои врожденные недостатки, что вряд ли кому-то придет в голову. То же самое можно сказать и о сообразительности[76], хотя и в меньшей мере. Ибо тугодумие, безусловно, до известной степени возможно и при нормальном интеллекте. Следовательно, даже ставшую хронически плохой сообразительность нельзя просто так отнести к деменции. Самое большее, что можно сказать относительно памяти и сообразительности, — это что процессы, лежащие в основе слабоумия, преимущественно (и часто в качестве ранних симптомов) изменяют *также* память и сообразительность. Таким образом, в качестве сути деменции остается лишь снижение способности к суждению[77]. Конечно, из этого затруднения можно найти и другой выход, а именно — не усматривать в деменции *только* снижение интеллекта, а включать в это понятие еще и нарушения памяти и сообразительности. Если до-

---

[74] Согласно современному словоупотреблению, в котором память охотно сравнивается с работой компьютера, "способность к запоминанию" соответствует "краткосрочной" или "рабочей памяти".

[75] "Способность вспоминать" в меньшей степени поддается компьютерным сравнениям, чем "способность к запоминанию". Под ней могут подразумеваться: (1) способность заполнять резервуар памяти новым содержанием, (2) сама долгосрочная память и (3) способность востребовать имеющиеся в долгосрочной памяти вспоминания.

[76] "Сообразительность" — это процес усвоения сознанием материала, поставляемого восприятием и представлением. Это понятие, имевшее такое большое значение для классической немецкой психиатрии, прежде всего при соматогенных психических расстройствах, сегодня почти не употребляют и часто даже не понимают. Может быть, это связано с тем, что у него нет точного английского перевода. Обычно этот термин переводится как "comprehension" или "perception", но возможно и "perceptivity".

[77] "Способность к суждению" — это способность прийти к какому-то решению (суждению) после взвешивания и обдумывания всех возможностей и окольных путей. Это понятие, также чрезвычайно важное для определения деменции в классической психиатрии, ныне почти не используется.

бавить сюда также снижение уровня личности, то понадобится еще только *один* осевой синдром, чтобы получить хронические психозы на соматической основе. Такие вопросы не должны решаться раз навсегда; один раз может оказаться целесообразной более широкая, другой раз — более узкая формулировка понятия. Мы отдаем предпочтение в *этом* пункте более узкому понятию деменции, не придерживаясь безоговорочно критерия “благоприобретенный”, точнее — *“ставший таким”*. Деменция означает для нас также *врожденное* слабоумие *в тех случаях,* когда его можно объяснить болезненными процессами или пороками развития.

До сих пор, насколько мы видим, не удавалось выделить *особых форм слабоумного мышления* и охарактеризовать отдельных слабоумных в соответствии с теми или иными преимущественными нарушениями мышления. Это, в сущности, странно. Из аномальных личностей, какими являются “тимопаты”[78] (BLEULER), уже давно выделены определенные типы[78]. Эти типы были сформированы на основе вида ненормальности *эмоций,* воли и темперамента, являющегося определяющим в симптоматике. Теперь следовало бы полагать, что с таким же успехом можно расположить типы слабоумных в соответствии с особой формой *мыслительной* несостоятельности, то есть такие, например, при которых нарушения обнаруживаются в первую очередь в способности к суждению, формировании понятий или интенсивности представлений. Однако подобная типология, по-видимому, невозможна, поэтому сохраняются те неопределенные характеристики дефектов мышления, которые, как мы видим, не подда-

---

[78] “Тимопаты” — это, собственно, лишь те психопаты, отклонение которых от нормы связано главным образом с настроением, то есть гипертимные, депрессивные, психопаты с неустойчивым настроением, но ни в коем случае не все психопаты.

ются точному психологическому формулированию и дифференциации. Сюда следует отнести также в качестве некоего *ореола* нарушения сообразительности, способности вспоминать и запоминать, внимания, речи. Именно дефекты речи и языкового понимания играют большую роль, в частности, при слабоумии высокой степени, так же как и моторика, которая должна развиваться от простых движений к действиям, и отсутствие упорядоченности и управления телесными инстинктивными проявлениями любого рода.

Эти различные дефекты, которые в большей или меньшей степени могут быть отнесены (либо совсем не отнесены) к интеллекту, со временем складываются в совершенно неполноценную, даже жалкую и убогую личность. Налицо *деградация личности.* Связь с дифференцированной личностью на низших ступенях слабоумия невозможна.

Если в поле зрения поместить *личность слабоумного,* картины становятся богаче. Более чем непритязательно будет удовлетвориться здесь общепринятым делением на эротических[79] и торпидных[80] слабоумных — понятия, напоминающие древние ископаемые. Если мы хотим прийти к более точной характерологии слабоумных, то нельзя слишком удаляться от интеллекта. Существенной *основой поведения таких комплексных форм должно быть слабоумие,* иначе мы совсем выйдем за рамки нашей специальной области. Здесь мы находим *постоянно повторяющиеся типы,* более явные у взрослых, чем у подростков, тем более у детей. Каждое формирование типов несет в себе нечто необязательное, и лишь со всеми необходимыми при любой типологии, часто повторяющимися оговорками мы хо-

---

[79] Подробнее см. главу “Психопатические личности”. - Приблизительно: напористо-беспокойные.

[80] Подробнее см. главу “Психопатические личности”.- Приблизительно: с низкой активностью.

тели бы выделить следующие картины: *безразлично-пассивный тип, ленивый потребитель, тупой упрямец, безрассудно сопротивляющийся, вечно удивленный, закоснелый ханжа, коварный хитрец, доверчиво-навязчивый, самоуверенный всезнайка, хвастливый любитель громких фраз, хронически обиженный, агрессивно недовольный судьбой.* Расписывать эти картины подробнее значило бы давать характеристику общеизвестному. Вероятно, все эти *характеристики* можно в крайнем случае представить себе и без дефекта интеллекта, но при наглядном объяснении *наших* типов в поле зрения должны находиться слабоумие, недостатки суждения, неумение проанализировать ситуацию как *одна* из причин поведения.

Разграничение слабоумных с *инфантильными, примитивными, наивными* (простыми, простодушными) предпринимается редко, Здесь мы тоже не имеем возможности останавливаться на этом подробнее. Инфантильный человек—не обязательно слабоумный. Как раз высокоинтеллектуальные люди, особенно теоретики, часто бывают инфантильны в своих побуждениях и проявлениях личности. Также и примитивный человек — не всегда слабоумный. Под этим подразумеваются слабо дифференцированные, грубые личности или такие, которые реагируют на события безрассудно и панически. Что касается наивных, то это понятие действительно часто употребляется в смысле глупости — например, когда ребенку говорят: “Не будь же таким наивным!”. Но в другом, более глубоком значении наивность, простодушие являются высокими личностными качествами, не имеющими ничего общего со слабоумием. Разумеется, умным людям труднее быть наивными и простодушными, чем тем, кто прост и в интеллектуальном отношении. С философской и теологической точки зрения (N.HARTMAKN, EGENTER) сущность

наивного и простодушного человека недвусмысленно отличается от слабоумия.

II.

Еще кое-что о часто осуждаемой, но все еще не проясненной проблеме *психозов слабоумных.* Мы *принципиально* отличаем слабоумие как простую *вариацию умственных способностей* от *патологического* слабоумия как следствия патологических процессов или пороков развития. Уверенный дифференциальный диагноз в каждом конкретном случае не всегда возможен, по крайней мере в настоящее время. Однако нам кажется, что совсем не исключена была бы успешная диагностика при наличии соответствующей психологии мышления (которая как раз, по-видимому, и отсутствует), возможно, с использованием соматических методов исследования, в частности, электроэнцефалографии. Можно сказать лишь, что то, что принято называть имбецильностью и идиотией, всегда патологично, но дебильность *не обязательно* является просто вариацией, а может также быть следствием болезни или порока развития. Если в семье с высоким уровнем интеллекта рождается ярко выраженный дебил, в качестве причины всегда можно предположить заболевание или порок развития.

В противоположность психопатическим личностям никто, вероятно, не станет отрицать, что интеллект — это нечто *данное,* каким-то образом заложенное, хотя в более легких и среднетяжелых случаях нельзя недооценивать возможность обучения и развития путем внешнего воздействия.

Теперь возникает вопрос, *можно ли установить связь между психозами слабоумных и фактом слабоумия и его почвой, и если можно, то каким образом.* В качестве более или менее характерных психозов слабо-

умных все снова и снова отмечались эпизодические состояния возбуждения (например, NEL'STADT'ом). Однако никогда не было ясно сказано, подразумеваются ли под этим аномальные реакции слабоумных на события или психозы, которые, возможно, связаны с тем, что составляет соматическую почву слабоумия. Не отрицая роли нереактивных расстройств в качестве возможной подпочвы, мы придерживаемся мнения, что главным при этих бурях являются реакции на события, имеющие часто необычный вид. То, что эти события иногда не совсем конкретны, легко объясняется недостатками речевой выразительности слабоумных. Кроме того, их доводы и мотивы менее объективированы и менее "прозрачны", чем у людей с нормальным интеллектом. Существенно, что слабоумным тяжело дается отход от таких реакций — в точности, как мы наблюдаем это у детей: причина бури давным-давно устранена, но буря утихает не сразу. Глупая подозрительность и склонность к обману чувств из страха и паники могут служить богатой почвой для этих реакций на события, а также затруднять выход из них. Такие реакции на события *не являются* для нас *психозами* и в тех случаях, когда богатство симптомов и поведение но видимости имеют масштабы настоящих психозов.

Рассматривая вопрос об отношении слабоумия к эндогенным психозам, следует прежде всего отметить, что *циклотимы* редко бывают слабоумными. Если MEDOW обнаружил среди своих маниакально-депрессивных пациентов 44% умственно неполноценных (32% — даже в высшей степени), то это можно объяснить лишь иным установлением границ маниакально-депрессивного, чем то, которое мы имеем в виду при циклотимии. Конечно, речь часто идет о не слишком утонченных, мало дифференцированных, несколько ординарных людях, в интеллектуальном отношении также не особенно гибких и активных, но де-

бильными они бывают столь редко, что *наличие слабоумия просто-таки противоречит циклотимии.* Заторможенные циклотимно-депрессивные больные нередко по недоразумению кажутся глупыми: когда торможение проходит, мы замечаем, что ошиблись. Это псевдодеменция, но не в привычном смысле. Если бы циклотимы все же были слишком уж слабо одарены, то между тем и другим не должно было бы существовать внутренней связи и совпадение было бы "случайным". Слабая одаренность в таком случае действенна только для образования картины.

Сложнее обстоит дело при *шизофрении,* то есть там, где похожие на шизофрению психозы развиваются при выраженном слабоумии ("пфропфшизофрения"). Каждому клиницисту известны такие труднообъяснимые и даже совсем необъяснимые случаи. Мы имеем здесь в виду не те случаи, когда дифференциальный диагноз в отношении тех самых эпизодических реакций на события долгое время или даже всегда остается открытым, а бесспорно психотические случаи, говоря принятым ныне языком — именно "шизофренические" психозы. Однако они не обязательно в каждом случае становятся хроническими, не говоря уже о том, что у слабоумных по понятным причинам может быть очень трудно обнаружить какой-то дефект, какое-то изменение по сравнению с предыдущим. В отношении таких состояний непременно должен применяться *структурно-аналитический*[81]*, многомерный подход*[82]*,* выдвинутый

---

[81] К.Бирнбаум предпринял в 1919 и 1923 гг. попытку понять психозы на основании взаимодействия разнородных сил. При этом с одной стороны находятся формы проявления, связанные непосредственно с самим патологическим процессом и названные "патогенетическими", а с другой — более случайные, "патопластические" симптомы, обусловленные конституцией, возрастом, полом, характером, ситуацией, переживаниями и т.д. На вершине этого предполагаемого "формирования психоза" стоит, таким образом, патологический процесс со своими формами проявления и предрасполагающими (подго-

БИРНБАУМОМ и КРЕЧМЕРОМ в качестве клинического и диагностичес-щго принципа — в высшей степени интересная идея широкого действия, которую КРЕЧМЕР позднее связал со своей конституциональ-ной психиатрией. Если мы спросим себя, о чем лучше говорить — о "структурном анализе" или о "многомерной диагностике", — предпочтение должно быть отдано "структурному анализу". Различая, например, в психопатологической картине прогрессивного паралича "органику", черты личности, шизофреническую симптоматику, мы применяем тем самым структурный анализ. Но *диагноз* остается одномерным, именно диагноз данного паралича.

Методика таких структурных анализов психозов редко представляется совершенно ясной. Во-первых, многомерно можно рассматривать *причину* психоза, то есть допускать в качестве причин как экзогенные факторы, так и предрасположение к эндогенным психозам ("конституцию") или же пережитые события, иными словами — *комплекс* причин, который в зависимости от обстоятельств может иметь разное содержание. Клинически важным при этом является *тот* фактор, без которого данного состояния *могло бы* не быть, но не тот,

---

тавливающими) факторами, которым подчинены другие "моменты формирования" меньшего "клинического значения". Этот основанный на структурной теории подход произвел на современников чрезвычайное впечатление.

[82] Одновременно (1919) Э.Кречмером был разработан многомерный подход (мномерная диагностика). При этом речь тоже шла об учете различных этиологических факторах при оценке картины конкретного психического заболевания, в которой должны приниматься во внимание ее часто множественные конституционные компоненты формирования, ее психически-реактивные механизмы, факторы "органики головного мозга" и др. Хотя работы Кречмера и Бирнбаума создавались, безусловно, независимо друг от друга, на них одинаково повлиял дух времени. Если DSM III/IV известны пять осей (а также измерений), то в основе такого представления лежит совершенно иной, не структурный принцип. Предполагается, что эти оси не имеют между собой структурной связи.

без которого его *не было бы,* так как с этой точки зрения все факторы одинаково важны для возникновения состояния. То есть если мы считаем необходимым предположить в качестве причины циклотимной депрессии также реактивные факторы, то они будут менее важны, чем эндогенные, врожденные. Правда, фаза в конкретном случае без реактивного фактора отсутствовала бы, но она *могла* бы быть и без него, а без эндогенного — нет. Следовательно, факторы должны подвергаться *оценке,* если мы хотим не только рассматривать конкретные случаи, но и прийти к каким-то научным выводам.

Далее, многомерный подход может применяться при рассмотрении *симптоматики,* то есть конкретной формы существования, а не самого существования психоза. В этой картине можно пытаться отличить *те* факторы, которые восходят непосредственно к основному заболеванию, от таких, что представляют лишь форму. Эти формы тоже могут быть врожденными (в смысле предрасположения к эндогенному психозу), характерогенными или экзогенными — например, токсического происхождения. Или же они могут быть объяснены возрастом, полом, состоянием интеллекта, уровнем образования, пережитыми событиями. Здесь, если мы не хотим допустить нивелирования при диагностике, решающее диагностическое значение имеет опять-таки *тот* фактор, который объясняется данной *причиной.* Другие при постановке диагноза нужно по возможности не принимать во внимание, так как они являются более или менее заменяемыми побочными чертами. Этот восходящий к причине фактор является, таким образом, — пользуясь понятиями БИРНБАУМА— не *только* “патогенетическим”, но *также* “патопластическим”, то есть патопластическим фактором наряду с другими, *не* являющимися одновременно патогенетическими.

С *помощью многомерного подхода легче спрашивать, чем отвечать,* так как слишком много неизвестного в расчетах. Это относится, в частности, к патогенезу. Лишь там, где можно *убедительно* доказать существование соматической причины, мы имеем в руках по крайней мере *один* надежный фактор. При эндогенных психозах, не поддающихся соматическому объяснению, найти отправную точку для патогенеза пока не удалось. То есть здесь можно в лучшем случае заниматься структурным анализом патопластики. При этом тоже следует оценивать и отделять мысленно переносимые, заменяемые феномены от тех, что считаются более или менее характерными для данного психоза. Последние дают в пезупьтате диагноз. Следовательно, постановка диагноза происходит здесь только на основании личных или коллективных мнений и соглашений.

Если теперь обдумать шизофренические психозы слабоумных с такой структурно-аналитической точки зрения, то тогда то, что лежит в основе слабоумия, — будь то вариация строения головного мозга и мозговой функции, патологический процесс или порок развития — вряд ли можно представить себе в качестве причинного патогенетического фактора этих психозов. *Можно,* вероятно, согласиться с КРЕЧМЕРОМ в том, что определенная общая конституция, которой соответствует и определенная личность, может до известной степени сдвинуться с места и породить шизофренический психоз, причем *мы,* разумеется, не стали бы *признавать непрерывных переходов* и принимали бы в расчет всегда какой-то новый фактор, а именно фактор гипотетической *болезни.* В отношении слабоумия едва ли можно придумать подобные обстоятельства. Следовательно, нужно допустить, что здесь слабоумие действует исключительно *патопластически* и оно-то и *формирует картину.* То, что слабоумие, как и постулированное

предрасположение к шизофрении — две ветви одного дерева, то есть составляющие некоего предрасположения к “неполноценности”, вполне заслуживает обсуждения. Но в этом случае патогенетическое значение при внезапном возникновении шизофренического психоза будет иметь не основа слабоумия, а предрасположение (возможно, “конституциональное”) к шизофрении. *Однако такой ход мысли является уже совершенно умозрительным. И структурный анализ становится тем ненадежнее и конструктивнее*[83]*, чем более имеет дело с “конституциями”,* будь то в патогенетическом или патопластическом плане.

Может ли при патологических (в нашем понимании) состояниях слабоумия послужившая их причиной болезнь прогрессировать или иметь запоздалые последствия и приводить таким образом к “органическому” психозу — этот вопрос мог бы обсуждаться лишь на основании различных специальных форм и, возможно, кое-где на него можно было бы получить ответ. Здесь тоже, как и при всех соматогенных психозах, патопластически могла бы получиться более или менее шизофреническая картина.

СТРУКТУРА СОМАТИЧЕСКИ ОБУСЛОВЛЕННЫХ ПСИХОЗОВ

I.

Это наименование несколько громоздко, но лучшего нам найти не удалось[84]. Обозначения “экзоген-

---

[83] Словоупотребление того времени: всего лишь “сконструированный”, “предполагаемый”, а значит, отдаленный от действительности.

[84] DSM IV применяет не менее неудобную, однако иную формулировку с тем же содержанием, а именно: “на основе медицинского

ный", применяемое в основном для острых, и "органический" — в основном для хронических психозов подобного рода[85], являются хотя и совершенно незаменимыми в клиническом обиходе, но по сути сомнительными понятиями. Об "органических" психозах речь вести нельзя, так как шизофрению и циклотимию мы тоже хотели бы в качестве "симптоматических" объяснить органическими причинами (правда, неизвестными), ведь все болезни, собственно, органичны. Говоря же об "экзогенных" психозах, мы допускаем ложное толкование, так как понятие "экзогенный" следовало бы сначала объяснить подробнее. Если понимать его в буквальном смысле: "психозы, возбужденные внешней причиной", то к этому определению будет относиться лишь часть того, что мы здесь имеем в виду, прежде всего психозы вследствие повреждения головного мозга, инфекции, интоксикации, но не войдут, например, психозы при уремии или при большинстве опухолей головного мозга, которые тем не менее дают такие же картины. Они экзогенны по меньшей мере в ином смысле: по отношению к конституции, составляющей фундамент психики, предрасположение которой *можно* сделать ответственным за "эндогенные" психозы. Так что мы настаиваем на своем описании. Оно, однако, соответствует не *только* современному состоянию наших генетических знаний. Фактически и в своем *внешнем виде* соматически объяснимые психозы очень явственно развиваются из тех, соматическая причина которых нам не известна. Это весьма странно: ведь симптоматика психоза вряд ли может быть связана с тем, известна или не известна нам его причина. То есть как получается, что известные нам заболевания демон-

---

фактора болезни". "Медицинский" означает при этом то же, что биологически или соматически обусловленный.

[85] DSM III/IV и в этой связи говорит не о "психозах", а о расстройствах.

стрирует нам одну, определенную симптоматику, а не известные — другую, и притом почти или совсем без пересечений? Вывод о том, что соматически объяснимые психозы имеют психические симптомы, является большой заслугой BONHOEFFER'а, даже если его наименования слишком узки и вмещают в себя слишком мало. Все эти картины он признал неспецифическими “типами предпочтения”[86], то есть по ним нельзя увидеть *особую* этиологию. Это, конечно, лишь относительно верно. Ведь в рамках общих типов, например, алкогольный делирий или прогрессивный паралич весьма характерны для особой этиологии.

Доступная пониманию основа психоза может заключаться в том, что этиология известна в каком-то конечном смысле, как при инфекции. Или может быть также известно лишь какое-то определенное морфологическое, непосредственно обусловившее психоз изменение головного мозга вследствие неизвестной последней этиологии, на которое и ориентируются при постановке диагноза. В редких благоприятных случаях известно и то и другое. Наследственность не является в *этом* смысле известной, постижимой причиной: для этого нужно было бы знать, *какая болезнь* в данном случае унаследована, что известно, например, при наследственной хорее, но неизвестно при циклотимии. Все это трудные вопросы общей патологии, которые мы здесь можем лишь обозначить.

Никто, вероятно, не сочтет объяснимое соматическое основание единственной причиной возникновения этих психозов. Для многих из них необходимо особое предрасположение. Невозможно, однако, полностью вывести особые внешние проявления, *конкретную*

---

[86] Bonhoeffer относит к “типам предпочтения”: делириозные состояния, сумеречные состояния, галлюцинозы, аментивные картины, кататонические картины, параноидные и параноидно-галлюцинаторные картины.

форму (Sosein)[87] психоза просто из физических процессов. Лишь само *наличие,* существование (Dasein) психоза может объясняться поддающейся диагностированию болезнью: без этой болезни его бы не было.

Это подводит нас к некоторым важным методам новейшей психиатрии, прямой или косвенный вклад в которые внесли, наряду с BONHEFFER'OM, G.SPECHT, KLEIST, KRISCH, SEELERT, STERTZ, POHLISCH. У этих психозов они различали *"обязательные"* и *"факультативные"* симптомы, то есть такие, которые при данных повреждениях присутствуют *всегда,* и другие, которые встречаются лишь при известных обстоятельствах. Например, при недавнем повреждении головного мозга определенной тяжести всегда присутствует *памрачение сознания* в смысле помрачения сенсория[88], а при соответственном прогрессивном параличе — *снижение личности* и *деменция.* HOCHE назвал прогрессирующее разрушение "души" "осью" клинической картины. Но только эти основные формы и являются обязательными. Все производные формы факультативны. Есть, безусловно, локализаторно-факультативные, возникающие вследствие того, что заболевание поражает определенную область головного мозга, отвечающую определенными симптомами. Есть повреждения, которые поражают по преимуществу определенные области мозга, например, интоксикации, чем можно было бы объяснить столь частый при этом синдром Корсакова, не зная, правда, деталей. Это была бы факультативная подформа локализаторно-факультативных форм. Но ведь этого не достаточно в качестве объяснения, поскольку и всякого рода диффузные повреждения головного мозга могут вызывать такие же амнестические

[87] Форма у Шнайдера всегда означает особое качество чего-то имеющегося, в противоположность его простому существованию (Dasein).

[88] Объясняется в главе "Циклотимия и шизофрения".

расстройства. По-видимому, служащие памяти аппараты вообще особенно уязвимы. Другие факультативные формы происходят, вероятно, от предрасположения больного: они индивидуально-факультативны. Однако об этих обстоятельствах нигде нет позитивных, в частности анатомических, знаний, так что мы лишь упоминаем об этой возможности, не вдаваясь в отвлеченные рассуждения.

В конкретных случаях решение о том, возлагать ли ответственность за психоз на какую-либо объяснимую болезнь, нередко принимается совершенно произвольно. Некоторые клиницисты склонны признавать достаточной причиной даже незначительные факты — например, непродолжительный грипп или цистит. В этом, однако, нельзя заходить слишком далеко. По нашему мнению, для предположения психоза на соматической почве требуются:

1. *Серьезные соматические расстройства, подтвержденные медицинским освидетельствованием.*

2. Очевидная временная связь между соматическим состоянием и психозом.

3. Определенная параллельность протекания того и другого.

4. Психические картины, которые наблюдаются и обычно при распознаваемых телесных повреждениях, то есть "экзогенные" или "органические".

Последнее требование является наименее обязательным.

II.

К *острым заболеваниям* мы относим: повреждения головного мозга и другие острые прямые и косвенные заболевания мозга; острые интоксикации, инфекции и вирусные заболевания; острые сдвиги при хронических инфекциях и интоксикациях; острые кризисы при базе-

довой болезни, а также диабетической коме, уремии, эклампсии, потере крови, и многое другое. *Картины* мы подразделяем в соответствии с вышеупомянутой методикой. Но сначала нужно назвать одну еще не упоминавшуюся форму: простое *заострение* черт личности. Так, всем известно, что алкогольное опьянение во многих случаях сначала только проявляет личность, растормаживает ее, шаржирует, "развязывает язык", то есть не вызывает появления сверхиндивидуальных черт. Затем вторая форма — *помрачение сознания* и, наконец, бессознательное состояние, которое нельзя уже оценивать как позитивный психоз. Помрачение сознания, как мы видели,—*обязательный симптом* острой группы, *который включает все другие симптомы, все формы.* Это может быть обыкновенная сомноленция или продуктивное и формально иногда мало выделяющееся поведение. Если человек с расстроенным сознанием до некоторой степени продуктивен и деятелен, мы охотнее говорим о сумеречном состоянии, хотя не можем четко отделить эти состояния от других видов помрачения сознания. В этом случае факультативными, будь то локализаторными или индивидуальными, но по симптоматике все-таки еще более или менее отчетливо экзогенными, являются конкретные формы помрачения сознания: спутанность, бессвязное, противоречивое мышление; состояния ступора, апатии, ажитации, экспансивности, страха, эйфории; галлюцинозы, делирии с моторным беспокойством, неправильное осознание фактов и людей и, наконец, нарушения памяти.

Фиксируя помрачение сознания в качестве обязательного симптома острых психозов на соматической почве, мы тем самым имеем в виду *клиническую направляющую линию.* Во всех случаях, когда у психотика явственно помрачено сознание, можно предполагать

острый соматически обусловленный психоз (или острый эпизод хронического заболевания), но не наоборт. Иногда бывают также острые соматически обусловленные психозы *без* помрачения сознания. Клиническая систематика, которая хотела ориентироваться на *исключения,* самоликвидировалась. Однако она должна помнить о них.

Не более "экзогенны" те клинические картины, которые выглядят *шизофреническими,* которые трудно или невозможно отличить от острой шизофрении, так что часто встает вопрос, не является ли это лишь спровоцированным шизофреническим сдвигом, как если бы шизофренические пласты оказались "задетыми"[89]. Невозможно сказать, идет ли здесь речь о локализаторно-факультативном или индивидуально-факультативном, даже если второе толкование более правдоподобно. Наличие заболеваний шизофренией в роду позволяет предположить проявление шизофрении. Если психоз не излечивается вместе с основным заболеванием или вскоре после этого, то чаще всего можно предположить таковую. Впрочем, как показал WEITZ, шизофреническая симптоматика в узком смысле наших "симптомов первого ранга" при любых соматически объяснимых психозах встречается редко. Нельзя только называть шизофреническими симптомами такие неопределенные впечатления, как "растерянность"[90], "эмоциональная

---

[89] Одна из часто цитируемых метафор Шнайдера, в которой используется поведение музыкальных инструментов. Когда у фортепиано с помощью педали убирается модерация, а на другом инструменте воспроизводится один или несколько звуков, эти звуки перенимаются соответствующими струнами фортепиано. Данная мета-фора, таким образом, предполагает, что в том или ином конкретном человеке уже имеется предрасположение к шизофрении, которое, подобно задетой струне, "приводится в действие" каким-то внешним поводом.

[90] В следующей главе Шнайдер подробнее излагает свои доводы против "растерянности", которую Крепслин считал столь существенным признаком шизофрении.

пустота" или любое галлюцинирование. Но это помогает в отдельных случаях лишь условно преодолеть диагностические трудности.

Вместе с BONHOEFFER'OM мы придерживаемся мнения, что *не бывает* симптоматической циклотимии, соответствующей симптоматической шизофрении. По крайней мере при таких острых заболеваниях никогда не наблюдается выраженный тип эндогенной депрессии. С манией, конечно, обстоит несколько иначе: симптоматическую манию труднее отличить от циклотимной, чем депрессивное состояние при острых соматических заболеваниях — от циклотимной депрессии. Циклотимную манию вообще редко можно с уверенностью распознать без анализа течения болезни и соматического диагноза, то есть лишь на основании психопатологической картины. Картины маниакальных форм вообще более расплывчаты, чем картины депрессий. Не только маниакальная эйфория и (при хронических болезнях) маниакальный паралич, но и маниакальная шизофрения больше похожи на циклотимную манию, чем депрессивные токсические, депрессивные хронико-органические или депрессивные шизофренические состояния — на депрессивную циклотимию. Так же и гипертимная личность гораздо более похожа на циклотимную манию, чем депрессивная личность — на депрессивную циклотимию.

При хронических формах дело обстоит так же. При них тоже бывают симптоматические шизофрении, но не бывает соответствующих им симптоматических циклотимий. Поэтому мы не будем в дальнейшем подробно на этом останавливаться. *Инициирование* циклотимных фаз нередко встречается как при острых, так и при хронических соматически объяснимых психозах (точнее, благодаря их причинам). Статистические данные можно найти у H.H.MEYER'a. BOSTROEM считает, что затем они протекают независимо от вызвавшей

их болезни по своим собственным законам. Таким образом, мы сталкиваемся с вопросом: *"Симптом или инициирование?",* который, как мы увидим, упирается в чисто логические варианты, ни один из которых не является убедительным. С этим соотносится также наше отрицание симптоматической циклотимной депрессии: все зависит от *толкования.*

Так бывает во всех случаях, когда в толковании причин перепрыгивают через метафизическую бездну отношений между душой и телом, то есть всегда, когда психопатология расширяется до *психиатрии.* Это верно и *тогда,* когда известны какие-либо соматические данные. Пользуясь привычным подходом, то есть беря за основу эмпирический дуализм[91] и идею взаимодействия, следует все-таки иметь в виду, что речь здесь идет о *предварительных философских выводах. С* этим связана гипотеза о том, что и эндогенные психозы объясняются болезнями, то есть для нас — патологическими соматическими состояниями. Все это предварительные выводы, и лишь *после* них начинается толкование. Мы тоже следуем этим предпосылкам, без которых вряд ли можно заниматься психиатрией психозов, *по крайней мере как областью медицины.*

Обсуждая вопрос о симптоматической или инициированнои циклотимной депрессии, мы должны привести в качестве сравнения, в частности, шизофрению, и даже начать с нее. Если при острых соматически обусловленных психозах шизофреническая симптоматика исчезает вместе с основным заболеванием — например, при излечении токсического делирия или спутанности после нервного потрясения — то, *скорее всего,* еще можно говорить о "симптоматической" шизофрении. Однако эту шизофреническую симптоматику все-

---

[91] В главе "Клиническая систематика и понятие болезни" Шнайдер подробно объясняет, что он имеет при этом в виду.

гда можно истолковать и как “инициирование”[92]. Шизофрению мы берем как модель потому, что по-прежнему не считаем, что при таких состояниях бывают также “симптоматическая” циклотимная депрессия, при условии, что критерием здесь действительно служит то, что принято считать несомненными циклотимно-депрессивными картинами, а не каждое неопределенное депрессивное настроение рассматривается как циклотимное. Если основное заболевание излечивается, а развивается более или менее шизофреническое состояние, которое мы опять же считаем прежде всего более гарантированным, то здесь речь идет *скорее* об “инициировании”. Нечто подобное бывает также иногда в форме несомненных циклотимно-депрессивных картин. Если основная болезнь не отступает или прогрессирует, а шизофреническая или же циклотимно-депрессивная картина сохраняется, то мы имеем полную *свободу выбора:* считать это “симптоматикой” или “инициированием”. Но в любом случае “симптоматику” можно истолковать и как “инициирование”, а во многих случаях — и наоборот. Разумеется, если инициирующий процесс не является болезнью, как например, беременность, то нет никакого смысла говорить о “симптоматике”. Никто не станет утверждать, что шизофрения или циклотимия у беременных

[92] Столь часто употребляемое в психиатрии (и психологии) “инициирование" вместо “вызывание” является метафорой военного образца (“инициирование взрыва”). Искра может привести к взрыву бочки с порохом, не являясь его “причиной" (причиной будет порох). Если сформулировать в общих чертах, то это означает актуализацию накопленной в какой-то физической системе энергии с помощью незначительной, подведенной извне дополнительной энергии. Собственно, философы единодушны в том, что эту метафору нельзя применять к психической сфере, поскольку ее объектом является нематериальное. Тем более, что имеется тенденция считать “инициирование” не метафорой, а фактом.

являются “симптомом” беременности. Здесь, бесспорно, имеет место “инициирование”.

Среди *хронических заболеваний* следует назвать всякого рода прямые и косвенные хронические заболевания головного мозга, например, последствия травм, интоксикации, инфекции, паразитарные заболевания, опухоли, сосудистые заболевания, пресенильные, сенильные, дегенеративные процессы. В числе *картин* здесь следует упомянуть также *заострения,* так, многие больные артериосклерозом или сенильными психозами нередко поначалу обращают на себя внимание лишь преувеличением черт своей личности. Экономный становится скупым, возбудимый — вспыльчивым, осторожный — подозрительным. (Однако столь же часто индивидуальные качества ослабевают, прежде всего дифференцированные черты, и не только при прогрессирующих процессах). K.F.SCHEID показал также заострения в развитии старческого характера, но даже паралитическое изменение может сначала быть лишь заострением: вспомним о Ницше. То есть между личностями и соматогенными (острыми и хроническими) психозами в *психологической силтоматике* непременно существуют переходы. *Обязательным симптомом* хронических заболеваний, при достаточно сильном повреждении включающим в себя все остальное, является *деградация личности* в обозначенном выше виде: снижение чувства такта, приличий, внимания к окружающим, тонких душевных движений. В большинстве случаев, однако, встречаются и другие качества. Здесь можно выделить три переходящих друг в друга типа. Первая группа — это радостно возбужденные, болтливые, церемонные, назойливые, прямодушные, чрезмерно социально усердные. Вторая — апатичные, безынициативные, медлительные, неповоротливые. Третья группа — капризные, раздражительные, ворчливые, вспыль-'швые. несдержанные, грубые — черты, кото-

рые, безусловно, не всегда следует истолковывать как мозговые симптомы, но часто — как психическую реакцию на пережитое изменение или физическое нездоровье. Во всех трех группах встречается плаксивая, сенти-ментальная неустойчивость настроения, а также астеническая несостоятельность. Перечисленные особенности, равно как выраженные маниакальные состояния, прежде всего при прогрессивном параличе, не являются обязательными, а представляют собой лишь общее направление деструкции. *Обязательным* является опять-таки *деменция* (необратимая), но не особый внешний вид интеллектуального снижения, поглупения. Согласно распространенному мнению, которое мы здесь не будем подвергать критике, она может быть преимущественно мнестической, касаться прежде всего памяти, сообразительности или способности к суждению (GRUHLE). Значительная часть разновидностей дефектов личности предположительно является локализаторно-факультативной.

Конечно, в целом снижение личности и деменция — хронические, необратимые и часто прогредиентные состояния, однако на все это нельзя смотреть слишком жестко. Нередко случаются *восстановления* — периоды, когда данные состояния улучшаются, иногда поразительно. Бывают также часовые колебания. Так, больной церебральным склерозом может в утренние часы чувствовать себя гораздо "свежее", чем во второй половине дня. Здесь возможны неожиданности любого рода.

Относительно *картин, выглядящих эндогенными,* мы уже обсудили основное выше. Шизофренические картины особенно часто встречаются при не подвергавшемся и подвергавшемся лечению прогрессивном параличе, а также после эпидемического энцефалита. Иногда большие диагностические трудности, порой неопределимые, связаны с известными депрессивными

состояниями преклонного возраста. Вялость и холодность настроения, порой даже демонстративные, и преобладание безразличия, бессодержательности и “пустоты” делают циклотимную депрессию неправдоподобной и заставляют предположить какой-либо мозговой процесс, прежде всего артериосклероз или атрофию. Иногда имеются соответствующие данные, но они часто недостаточно надежны и в качестве причины не всегда убедительны. Если начало отделено резким переходом, а симптоматика богаче и ближе к циклотимно-депрессивной, тем более есть основания для колебаний. Ведь в самом деле. отдельные из этих совершенно неоднородных состояний протекают в этом случае фазами, и дело доходит до выздоровления и восстановления личности.

Между упомянутыми острыми и хроническими заболеваниями бывают любые *переходы,* так же как между острыми и хроническими психотическими картинами. Вспомним прежде всего о синдпоме Корсакова. Часто это обратимый “переходной синдром” (WIECK.), который невозможно постичь с помощью понятий “расстройство сознания”, “снижение личности” и “деменция”. Многие страдающие тяжелым слабоумием все больше склоняются к расстройствам сознания, как минимум — к продолжительному сну (“дремотное слабоумие”). Бывают также помрачения сознания как эпизоды хронических процессов, что встречается прежде всего при артериосклерозе или хронической интоксикации.

Помимо упомянутых переходных синдромов, можно и некоторые другие картины с известной натяжкой отнести к осевым синдромам помрачения сознания, с одной стороны, и снижения личности и слабоумия — с другой. Мы имеем в виду прежде всего галлюцинаторные и параноидные состояния при алкогольных и других интоксикациях, а также при некоторых анемиях. Но

тут почти всегда — во всяком случае, при хронических состояниях — встает вопрос об инициированной шизофрении, который, как было сказано, упирается в умозрительные рассуждения.

III.

Психозы при *генуинной эпилепсии* не занимают особого положения по отношению к соматически обусловленным психозам, даже если суть эпилепсии не известна нам так, как суть психозов. Логически совершенно неверно ставить эпилепсию, как это часто происходит, рядом с шизофренией и циклотимией в качестве третьего "психоза" или третьего "круга"[93]. При шизофрении и циклотимии мы располагаем до сегодняшнего дня исключительно психопатологическими факторами, при эпилепсии же решающим симптомом является судорога, то есть нечто физическое[94]. То, что при эпилепсии имеют место также психотические явления, прежде всего сумеречные состояния, изменения личности "органического" характера и слабоумие, — дело второстепенное. Ни по одному 'клиническому пункту не существует какой-либо аналогии между *психозами* "шизофрения" и "циклотимия" и неврологической болезнью "эпилепсия". *Их острые и хронические психические осевые синдромы полностью соответствуют описанным выше,* а производные формы, в том числе шизофренические, подлежат тем же подходам[95].

---

[93] К эндогенным психозам традиционно относили шизофрению, циклотимию (в шнайдеровском смысле) и психозы при генуинной эпилепсии. При этом исходили из того, что и при генуинной эпилепсии данные о патологическом физическом состоянии собрать невозможно.

[94] В народе, правда, судороги воспринимаются не как неврологическое, так сказать, явление, а как психоз, что связано, вероятно, с потерей сознания, регулярно сопровождающей большие эпилептические припадки.

[95] Эпилепсия и ее психические проявления не относились к сфере деятельности Шнайдера и большинства его учеников, а разрабатыва-

Таким же образом вписываются в нашу тему *врожденные состояния слабоумия вследствие* прямых или косвенных *заболеваний головного мозга* всякого рода и *пороков развития,* которые мы, вопреки принятому в патологии, ради своей концепции можем отождествить с болезнями.

При состояниях слабоумия, под которыми здесь подразумеваются всякого рода умственные недостатки, не имеет принципиального значения, являются ли они врожденными или “благоприобретенными”. Правда, в последние десятилетия стало принято называть “деменцией” лишь вторую форму[96], однако мы включаем сюда также *те* врожденные состояния слабоумия, которые можно интерпретировать как следствия заболеваний или пороков развития головного мозга, а не только как врожденные разновидности умственных способностей — различие столь же важное принципиально, сколько трудновыполнимое практически. Врожденные деменции, в том числе в форме идиотии, выглядят, разумеется, в большинстве случаев совсем иначе, чем деменции, поразившие уже развившийся интеллект. Так, совершенно отсутствует собственно мнестическая форма, если угодно будет отнести ее к деменции.

Никогда нельзя забывать, что при всех соматически обусловленных психозах всегда существуют также пси-

---

лись скорее Э.Кречмером и его школой. Сам Шнайдер опубликовал лишь одну работу об эпилепсии (“Лечение эпилепсии люминалом”, 1922). Изложенные здесь взгляды не совпадают с современными ему представлениями, в соответствии с которыми особая роль приписывалась, напротив, психическим нарушениям при эпилепсии, и в число соматогенных психозов она не включалась.

[96] Это словоупотребление восходит скорее к Esquirol'ю, который в главе “Идич-тия” своего известного учебника (1838) установил отчетливое различие, придав ему вид окончательной формулы: “L'hommc en demence est prive des biens dont il jouissait autrefois; c'est un nche devcnuc pauvre; 1'idiot a toujours etc dans 1'infortune et la misere”. (“Человек, страдающий деменцией, лишен благ, которыми он пользовался прежде; это богач, ставший бедняком; идиот же всегда был в несчастье и нищете”).

хические реакции человека на факт своей болезни и ее последствия. Мы уже отмечали это при обсуждении типологии изменений личности, а именно третьей группы. Эти реакции на события могут быть до известной степени нормальными, соразмерными по своему масштабу и характеру реакциями. Или же они сами формируются тем патологическим состоянием, которое вызывает реакцию, и поэтому аномальны как при всех острых и хронических формах. *Многие,* и притом часто наиболее выделяющиеся *черты в соматически обусловленных психозах являются ситуационно-реактивными:* вспомним о страхе галлюцинирующего или беспомощного больного лихорадкой, об упомянутой раздражительности многих людей с черепно-мозговыми травмами, страдающих от головных болей или чувствующих себя неполноценными. С врожденным слабоумием дело обстоит несколько по-иному. Не то чтобы врожденно слабоумные, в том числе патологические в нашем понимании, вообще не могли реагировать на свою неполноценность, но им не хватает чего-то важного, а именно — переживания изменения. Отсутствует предшествующее, отсутствует сравнение, а также сохранившиеся из прошлого функции, посредством которых такие врожденно слабоумные могли бы противопоставить себя дефекту. Здесь ведь речь идет не о *снижении* личности, а о врожденном *низком уровне* личности. Так что во всяком случае сами реакции должны быть аномальными, то есть в большей или меньшей степени несущими отпечаток упадка личности и слабоумия.

ЦИКЛОТИМИЯ И ШИЗОФРЕНИЯ

I.

Опыт свидетельствует, что часто очень большие трудности бывают связаны с постановкой психиатрического диагноза на основании психопатологических данных. При этом речь идет не о суммировании и комбинировании объективно уловимых и показательных симптомов, как при соматическом диагнозе, а об оценке высказываний, о расшифровке образа действий и поведения обследуемою и впечатлений обследующего. Правда, иногда психиатрическая оценка оперирует вполне профессиональными терминами из учебников, но последующая проверка показывает, что проводивший обследование врач *неправильно понял* то, что увидел и узнал, а потому его диагноз, как будто подкрепленный классическими симптомами, был ошибочным. Часто бывает так, что клинический диагноз по каким-то причинам ставится заранее и затем симптомы оцениваются в соответствии с ним. Таким образом получается, что такие выражения, как “рассеянный”, “безаффект-ный” мы обнаруживаем, к сожалению, почти исключительно в тех случаях, когда наблюдатель предполагает шизофрению. Они в каком-то смысле зарезервированы для нее, так же как “обстоятельный” — для эпилепсии. На самом деле правильный метод заключается в обратном: сначала следует свободное от клинических предрассудков осмысление и обозначение симптомов, а затем на их основе ставится диагноз. И неважно, что очень опытный врач может позволить себе поставить диагноз “с ходу”, пользуясь своей способностью читать тончайшие нюансы выражения. Обосновать его он может тоже лишь путем анализа симптомов.

Во многих случаях на постановку диагноза влияют и физические, и психические симптомы. Физические симптомы могут иметь большое значение, и в случае сомнения им должно отдаваться предпочтение перед психическими. Когда мы наблюдаем кратковременный

делирий[97] при воспалении легких с высокой температурой, полностью излечиваемый параллельно с основным заболеванием, то именно так мы относимся к этому диагнозу в том случае, когда в бреду больной демонстрирует более или менее шизофреническую картину состояния[98]. Разумеется, и сегодня еще имеются соматические диагнозы, при которых психическая картина не безразлична. Если у больного с неврологической и серологической точки зрения обнаруживается однозначно паралитическое состояние, но никаких заметных психических нарушений, то мы еще и сегодня будем сдержанны при постановке диагноза "паралич"[99]. Также и при диагностировании генуинной эпилепсии имеет значение констатация или отсутствие изменений в характере[100]. И все-таки: соматические данные главенствуют в диагностике, и целью психиатрии как медицинской науки должно быть выявление все новых однозначных соматических данных.

Соматическое совершенство психиатрии психозов —бесконечно далекая цель. Часто встречающиеся диагнозы *циклотимия*[101] и *шизофрения* ставятся сегодня

---

[97] "Делирий" у Шнайдера — это всегда острый обратимый психоз с "пониженным сознанием": дезориентация в пространстве и времени, иллюзорное или бредовое восприятие окружения, оптические, слуховые, осязательные и др. галлюцинации и психомоторное беспокойство. Прототипом является Delirium tremens. Совсем другое определение делирия используется в DSM III/IV.

[98] В одной из своих ранних (1913) работ, посвященной случаю "хронического морфийного психоза" Шнайдер решился высказать мнение, что по "шизофренической картине состояния" нельзя судить, возникла ли она на основе распознаваемого соматического заболевания или же является "эндогенной". Этому взгляду он оставался верен до конца своей жизни. Классификация DSM III/IV основываема на таком же предположении. Однако оно отнюдь не бесспорно.

[99] Имеется в виду прогрессивный паралич.

[100] Во времена Шнайдера в немецкой и французской психиатрии господствовало мнение, что наблюдение вязкой замедленности у эпилептика является сильным аргументом в пользу диагноза "генуинная эпилепсия". Сегодня так больше не считают.

[101] Термин "циклотимия" применялся Шнайдером последовательно и постоянно в значении "маниакально-депрессивное забо-

еще с чисто психопатологической точки зрения, представляют собой чисто психологические факты и потому не являются в сущности диагнозами в медицинском смысле[102]. *О них и пойдет здесь речь, об их разграничении между собой и по отношению к нормальной психической жизни, а также о принципиально не отличимых от нее непсихотических психических аномалиях, аномальных (психопатических) личностях и аномальных реакциях на события.*

Циклотимию и шизофрению называют *"эндогенными" психозами.* Что под этим подразумевается, известно, и поэтому нет нужды отказываться от этого обозначения в повседневном употреблении. Однако на самом деле оно столь же сомнительно, как и обозначение "экзогенные" психозы.

Прежде чем мы приступим к рассмотрению диалектики "экзогенного" и "эндогенного", следует напомнить, что под "экзогенным" мы всегда подразумеваем нечто *соматически* экзогенное и никогда не употребляем этого выражения в смысле "ситуационно-реактивный", "психогенный", "мотивированный", что, к сожалению, еще часто случается[103]. Определения "эк-

---

левание" или "аффективный психоз". В данном значении это понятие частично еще употребляется в Германии.

[102] Это означает, что "медицинскими" эти диагнозы были бы лишь в том случае, если известна соматическая причина и для диагностики можно привлечь соответствующие данные.

[103] Термин "экзогенный" в данном смысле впервые был введен Moebius'ом (1891) Он давал следующее определение: "Экзогенными являются такие болезни, причина которых возникает извне, то есть главным образом интоксикации, прогрессивный паралич и алкоголизм". Крепслин позаимствовал этот термин и тем самым сделал его общеупотребительным. "...К сожалению, еще часто случается" -это полемическая колкость, направленная против H.Hoff'а, который "экзогенными" называл в своем учебнике психиатрии такие события, которые воздействуют на людей как переживания, то есть нечто совершенно противоположное тому, что называется "экзогенным" у Крепелина. Даже DSM III/IV испытывает затруднения с подбором подходящего термина для того, что здесь имеется в виду. В DSM III и DSM III-R еще использовался термин "organic", переведенный на

зогенный” и “эндогенный” превратились в обозначения психотических *картин,* то есть *психопатологических внешних проявлений* психозов. (Точно так же, как “органический” и “симптоматический”). К экзогенному или эндогенному *происхождению* эти определения вряд ли имеют какое-то отношение. Уремический делирий по внешнему виду — экзогенный психоз, но это не экзогенное, а эндогенное заболевание (мы не принимаем во внимание возможные экзогенные побочные факторы). Это относится и к психозам при большинстве опухолей головного мозга. Травматические, инфекционные, токсические, паразитарные психозы “экзогенны” в *двояком* отношении. Если бы мы захотели обосновать определение “эндогенные психозы” как генетическое, то смогли бы сделать это только от противного: это психозы, которые не имеют явных экзогенных причин. Но этого *еще недостаточно:* уремический психоз тоже не имеет экзогенной причины, с этой точки зрения он тоже эндогенен. То есть об “эндогенных психозах” можно сказать только, что их соматические причины вообще неизвестны[104]. Но их нельзя интерпретировать и как просто вариацию психического бытия, иначе они не были бы для нас психозами. Поддающиеся соматическому обоснованию и не поддающиеся ему (на сегодняшний день) психозы — вот единственно ясное различие. Первые демонстрируют “экзо-

---

немецкий как “органически обусловленный”; однако в DSM IV он уже не употребляется, будучи разделенным на (1) обусловленный соматической болезнью (“due to a genera. medical condition”, в немецком переводе — “обусловленный медицинским фактором болезни”); (2) субстантивно-индуцированный. Шнайдер разрешает эту проблему, предлагая несколько громоздкий (даже по его собственному мнению), но зато понятный оборот “поддающийся соматическому объяснению”, который в Германии, во всяком случае, на долгое время тоже стал широкоупотребительным.

[104] Поэтому в DSM IV “эндогенный” был заменен на “первично психический (без специфицированной этиологии)” — тоже не совсем простое или недвусмысленное обозначение.

генные", вторые — "эндогенные" психопатологические *картины,* хотя кое-где они и пересекаются.

Ниже мы установим с помощью общей психопатологии симптомы, которые приводят к диагнозу "эндогенный психоз". Но сначала — краткий *клинический очерк.*

Среди эндогенных психозов циклотимная *депрессия*[105] стала наиболее поддающейся разграничению и наиболее прогностически надежной формой. Это в равной степени относится к физическому типу с сознанием болезни и к типу с некритичным бредом (WEITBRECHT противопоставлял друг другу обе эти картины). Циклотимная депрессия является по сути *тем* полюсом, от которого можно достаточно надежно отталкиваться в повседневной диагностике шизофренических форм. О циклотимной мании в *долговременном плане* этого сказать в той же мере нельзя. Столь сомнительная и прежде сопоставимость в этом случае тоже оказывается несостоятельной. Впрочем, циклотимные депрессия и мания противостоят друг другу не как типы, а как *виды.* (Мы ведь не верим больше в маниакально-депрессивные "смешанные состояния"[106]. В тех случа-

---

[105] Позднее здесь стали различать еще (1) "монополярные депрессии", когда встречаются лишь депрессивные фазы, и (2) "депрессивные фазы" маниакально-депрессивного заболевания, когда встречаются обе фазы — маниакальная и депрссивная, хотя клинически их невозможно различить — для этого нужно иметь общее представление о течении болезни. Шнайдер следует здесь мнению Крепелина, согласно которому депрессию следует причислять к циклотимии (пользуясь термином Шнайдера) даже в тех случаях, когда маниакальная фаза еще ни разу не наступала, поскольку она может наступить в любой момент. В DSM III/IV все это увязывается друг с другом в соответствии с американской точкой зрения, т.е. в зависимости от установленных критериев дифференцируются различные диагнозы, между которыми не предполагается какой-либо внутренней связи.

[106] Здесь Шнайдер отмежевывается от Крепелина, в учебнике которого смешанные состояния занимают значительное место. Среди них Крспелин различает несколько форм: (1) тревожная (или депрессивная) мания; (2) возбужденная (ажитированная) депрессия: (3) бессодержательная мания; (4) маниакальный ступор; (5) депрессия со скачкой идей; (6) заторможенная мания.

ях, когда мы видим что-либо подобное, мы встречаемся с переменой или переломом, насколько это вообще еще вписывается в циклотимию). Затем уже *внутри* этих видов существуют типы. То есть здесь дело обстоит *иначе,* чем при шизофрениях, которые можно систематизировать лишь типологически. А от этих шизофренических типов имеются те или иные переходы к циклотимно-депрессивным и циклотимно-маниакальным типам, к последним — относительно чаще.

Типологическое деление *шизофрении* сегодня уже вряд ли имеет большой смысл, что подтвердили, в частности, исследования JANZARIK.'a[107] Однако это необходимо для взаимопонимания и обмена клинической информацией. Коротко рассмотрим принятые обозначения. Все еще пригоден тип *простой, кататонической, параноидной* форм. К этому ряду *не* принадлежит *гебефрения* — обозначение, связанное с *возрастом*[108]. Мы причисляем гебефрению к простой форме. Если она имеет место в юности, то патопластически часто носит признаки этого возраста (“грубиян”, “нахал”. “девчонка”, “дурочка”). Это вполне может быть названо гебефренией, но стоит в этом случае на другом понятийном уровне, чем простая, кататоническая, параноидная форма.

Говоря о *кататонии,* мы подразумеваем под этим типом более или менее острые гиперкинетические или

---

[107] Дополнительные исследования W.Janzank'a показали, что все эти столь тщательно дифференцированные вначале формы позднее пришлось отнести к параноидно-галлюцинаторной форме. Правда, Huber дифференцировал среди них целый ряд различных форм течения.

[108] Эта формулировка Шнайдера имела довольно злополучные последствия, поскольку в Германии гсбсфрения стала диагностироваться во всех тех случаях, ког;:а шизофрения возникала в юношеском возрасте. Wolfgang Kretschmcr, напротив, показал, что гебсфрению следует диагностировать на основании характерной клинической картины. В DSM III IV гсбсфрения тоже продолжает стоять под обозначением “дезорганизованный тип”. Разумеется, наиболее существенным в нем считается именно “дезорганизованное” мышление и поведение.

гипокинетические психозы. Очень часто “старыми кататониками” называют также людей с шизофреническими дефектами, отличающихся двигательными и речевыми странностями. Эти формы, однако, вряд ли имеют что-то общее с кататонией, которая подразумевается *здесь.* Они, вероятно, не являются и кататониями в нашем смысле, перешедшими в хроническую форму. Конечно, недостает исследований для выяснения вопроса, были ли эти “старые кататоники” первоначально “молодыми кататониками”.

С практической точки зрения было бы, вероятно, обоснованно признать в качестве самостоятельного, четвертого типа шизофренический *галлюциноз* (в том числе галлюциноэ в области физических ощущений), поскольку его нельзя с уверенностью констатировать ни при простой, ни при кататонической, ни при параноидной форме. В изолированном виде он встречается, согласно исследованиям JANZARlK'a, относительно часто лишь в поздних формах.

Конечно, с помощью четырех перечисленных типов в достаточной степени осмыслить шизофренические *дефекты и постоянные формы* вряд ли возможно и в том случае, когда простая форма трактуется очень широко, когда старых чудаков называют “кататониками”, а в остальном оперируют комбинацией четырех типов, как это обычно и должно быть в большинстве случаев. Но перечислять здесь другие типы представляется нам мало плодотворным. За этим можно обратиться к классификациям школы KLEIST'A или же позднего КРЕПЕЛИНА (парафрении)[109].

Особый вопрос — отношение кататонии к соматически обусловленным психозам. Уже давно предпри-

---

[109] И Крепелин, и прежде всего школа Клейста-Лсонгарда различают целый ряд *симптоматики* парафрении, которая, однако, здесь у Шнайдера упоминается лишь попутно, не удостаиваясь подробного рассмотрения.

нимаются все новые попытки отделить гиперкинетические психозы от шизофрении. Это относится прежде всего к смертельным[110] и к психопатологически полностью излечиваемым кататониям[111] (фазным, но часто периодическим), а также к подобного рода состояниям в послеродовой период[112]. По сравнению с другими шизофреническими картинами эти кататонии выглядят намного элементарнее, телеснее[113], "органичнее". Новые чисто патологические исследования кататонии, проведенные HUBER'OM, показали, что многие из этих состояний *позитивно* уже должны интерпретироваться как различного рода соматически обусловленные психозы. Однако еще отнюдь не наступило время выделить кататонии из круга шизофрении. Ведь от них к другим формам, которые можно обозначить как шизофренические, с клинической точки зрения ведут еще и всякие переходы. Все, что мы сказали об отношении кататонии к соматически обусловленным психозам, действительно только для гиперкинетических кататонии, но *не* для гипокинетических (ступорозных). В высшей степени сомнительно, можно ли вообще клинически сравнивать, как это принято, обе эти формы.

Для нас психиатрический диагноз принципиально основывается на картинах состояния, а не на течении. Это основа и соматической диагностики. Поскольку мы, следуя предпосылкам и подходам современной

---

[110] K.H.Stauder первым выделил "острую смертельную кататонию", которая обозначалась также как "злокачественная кататония".

[111] Здесь Шнайдер снова выступает против школы Клейста-Лсонгарда, которой были известны манерная, негативистская, паракинетическая и периодическая кататонии, в каждом случае — с возможным благоприятным прогнозом.

[112] О послеродовых психозах уже давно известно, что, кроме исключительных случаев, они имеют особенно благоприятный прогноз.

[113] "Телесность" и "телесный" — типичные для Шнайдера термины, которые частично использовались и его учениками, но нигде не получили четко сформулированного определения. Скорее всего, их можно отнести к тому же семантическому полю, что и "связанный с землей", "земной", "постижимый", "объемный".

психиатрии, предполагаем в шизофренических и циклотимных картинах состояния симптомы пусть даже неизвестных соматических заболеваний (болезнь всегда соматична), нет никакой причины отступать от принципов медицины, как бы настойчиво мы ни подчеркивали различие соматических и психических “симптомов”. Конечно, *как правило,* шизофреническая симптоматика позволяет ожидать неблагоприятного течения (разумеется, очень различного *по степени),* тогда как циклотимная, напротив — полного излечения текущей фазы. Это сказано очень приблизительно. Существуют шизофренические психозы, которые излечиваются не только с виду, но и на самом деле, не оставляя каких-либо следов. Больные критически отмежевываются даже от тех прежних содержаний, о которых волей-неволей вспоминают, — во всяком случае, они остаются для них где-то далеко позади и не имеют реальной ценности на сегодняшний день. Не обязательны и рецидивы, хотя их угроза всегда существует. И есть циклотимные психозы, главным образом после очень часто повторяющихся и вплотную следующих друг за другом фаз, прежде всего в преклонном возрасте. Эти психозы без каких-либо шизофренических элементов приводят к депрессивно-астеническим или же гипоманиакальным хроническим состояниям, в которых еще, вероятно, можно с трудом различить размытые во временном отношении волны. В результате длительного и интенсивного лечения нередко вливаются соматически объяснимые признаки.

II.

Мы обсудим отдельные психические функции и состояния, аномальность которых служит обычно осно-

вой построения[114] обоих упомянутых психиатрических диагнозов. Нам уже давно пришлось убедиться в целесообразности распределения патопсихологического материала по следующим трем группам[115]:

1. *Виды переживания.* Здесь имеется в виду то, что в психологии раньше называлось "элементами". Мы различаем: *ощущение и восприятие, представление и мышление, чувство и оценку, стремление и желание.*
2. *Основные свойства переживания.* Здесь трактуются известные общие свойства, присущие каждой полноценно развитой человеческой душевной жизни: *переживание своего Я, переживание времени, память, способность к душевной реакции.*
3. *Оболочка переживания.* Под этим мы подразумеваем острые или длительные общие состояния, в которые до известной степени укладывается всякое пе-

---

[114] Упоребленное мимоходом слово "построение" ("Aufbau") свидетельствует о приверженности Шнайдера всеобщей структурной теории, которая в то время доминировала во всей немецкой психиатрии и психологии, однако англоязычных стран достигла лишь с вынужденной эмиграцией немецких психиатров. Ее главный принцип заключается в том, что все зависит от построения и охвата целого и что целое больше, нежели сумма его частей. Сам Шнайдер использовал слово "Auftau", например, в заглавии своей работы "Die Schichtung des emotionalen Lebens und der Aufbau der Depressionszustande" (1920). "Строение" вместо "структуры", "основы" или "целостности" очень часто употреблялось и другими, например K.Bimbaum: "Der Aufbau der Psychosc" (1919, 1923), K.Goldstein: "Der Aufbaudes Organismus" (1934), L. von Bertalanffy: "Gefiige des Lebens" (1937). Две яоследние работы оказали большое влияние прежде всего в США. Несколько ниже Шнайдер более подробно объясняет, почему психиатр, проводящий обследование, сначала разлагает душевную жизнь на отдельные "элементы", а затем снова возводит из отдельных "кирпичиков" все здание — конечно, теоретическое. DSM полностью искоренила структурное мышление в американской и других находящихся под ее влиянием психиатриях.

[115] Три последующих абзаца содержат шнайдсровское деление (нормальной) психики как основу для последующего установления патологических отклонений. Схема тройственного деления отвечает традиционной схеме. Традиция триединство душевных сил существует со времен св. Августина ("De Trinitate", ок. 416 г. н.э.). У Августина это имеет поначалу следующий вид: (1) память (лат. memoria), (2) разум (лат. Intelligentia, cogitatio), (3) воля (лат. voluntas).

реживание и которые его в значительной мере обусловливают и формируют: *внимание, сознание, интеллект, личность.*

Такие виды переживания, как ощущение, представление, оценка, не нуждаются в особом обсуждении. Мы рассмотрим нарушения функций и состояний тем подробнее, чем важнее они для диагностики эндогенных психозов, и тогда на нарушениях личности останавливаться специально не будем.

Все, что относится к психике, становится общедоступным только через *выражение,* через выразительную речь, почерк, мимику и прочую моторику. Выражение тоже может иметь диагностическое значение, поэтому мы напоследок вкратце обсудим его. В более широком смысле к выражению относят, например, также одежду. литературные и другие произведения, да и весь образ действии, однако для наших целей достаточно более узкой формулировки[116]

В отдельных областях психики возможна также проверка *результатов* — например, мыслительного процесса, памяти, интеллекта. Однако вряд ли есть необходимость в привлечении таких методов. В своих рассуждениях мы принципиально придерживаемся того, что посильно врачу, проводящему обследование. Границы методов психопатологического исследования бы-

---

[116] На современном языке это — вербальное, паравербальное и невербальнос общение. Значение слов “выражение”, “экспрессивный” и “экспрессия” подвержено. однако, постоянным изменениям. В современном языкознании под этим обычно подразумеваются именно языковые и внеязыковые средства выражения, с помощью которых можно что-то сообщать друг другу, но которые не относятся к самому языку, в частности язык жестов, акцентирование и растягивание гласных. слогов. Классификация же DSM IV в “экспрессивном расстройстве речи” использует значение слова “экспрессивный”, которое более нигде не употребляется. Отсюда легко могут проистекать недоразумения.

ли установлены еще десятилетия назад КАРЛОМ ЯСПЕРСОМ[117].

Если мы до известной степени *разложили на составные части единство психических функций,* то только потому, что для того, чтобы вообще что-то узнать, необходимо рассматривать функции по отдельности. Переходя от одной функции к другой, мы отдаем себе отчет в том, что эти функции — не части, которые можно суммировать, не элементы, которые можно извлекать по одному, не нанося ущерба целому, не кирпичи, которые лишь сложены вместе без цементирующего их раствора[118]. Ботаник, описывающий форму, цвет, структуру поверхности и пр. листа растения, тоже не думает, что эти элементы в сумме составляют лист. Он тоже должен анализировать, если хочет что-то описать, он не все может сказать сразу. Точно так же и только так задумана и наша классификация. Отсюда следует, что границы отдельных разделов должны иногда стираться и пересекаться. Не будем забывать также, в особенности при шизофрении, что психоз — это всегда общее изменение, и потому любое рассмотрение какого-то отдельного симптома лишь относительно оправданно. То есть: его можно рассматривать в отдельности, в силу обстоятельств даже нужно, но он не является изолированным. Психотический симптом — это не дефектный камешек в безупречной в остальном мозаике. К сожалению, выразить это можно только с помощью образного сравнения: психотиче-

---

[117] А именно в парагр.4 раздела “Методы” “Общей психопатологии”.

[118] Это, как и последующее объяснение, является недвусмысленным признанием в приверженности структурализму, как это называлось со времени Roman Jakobson’a (1929). Целое разлагается на части, из которых его якобы можно сложить снова В ходе этого становятся очевидными свойства, которые иначе остаются нераспознанными. В DSM III/IY этого методического принципа нет, так как он вообще никогда не играл значительной роли в американской психиатрии.

ский человек (в том числе дементный) — это в не меньшей степени замкнутый в себе микрокосмос, чем нормальная личность или тело. Кроме того, нельзя не учитывать, что психотический человек иногда может противопоставлять себя психозу и *как личность.* Отсюда могут проистекать самоубийства, причины которых коренятся во внепсихотической сфере, в том, что во время психоза и наряду с ним еще остается в человеке здоровым.

Среди разнообразных нарушений *восприятия* — первого из видов переживания — важнейшими для психиатрического диагноза являются ложные восприятия, или *обманы чувств.* Подчеркнем еще раз: речь здесь должна идти именно об обмане чувств, то есть о том, что нечто несуществующее чувствуется, ощущается, а не только переживается в мыслях. Это "несуществующее" — объективно, констатируется не переживающим, а наблюдателем. Если что-либо воспринимается иначе, чем оно есть в действительности, мы говорим об иллюзиях. Хотя в строгом смысле слова они представляют собой ложные представления, но не являются обманом чувств[119].

При галлюцинациях, следовательно, человек всегда видит, слышит, осязает, чувствует запах или вкус чего-то несуществующего. Например, если он рассказывает, что за ним как будто кто-то шел, это еще не обман чувств. Он должен увидеть или услышать не существующего в действительности человека, иначе это не будет обманом чувств. Также и в том случае, когда кто-то примет на свой счет реальное, хотя и совершенно не относящееся к нему замечание "баба", это будет не обман чувств, а бредовое восприятие или параноид-

---

[119] Это различие между галлюцинациями и иллюзиями делается со времен Эскироля. Выражение "обман чувств" часто используется еще и сегодня, когда имеется в виду всего лишь "иллюзии".

ное толкование. Конечно, иногда при расспросе человека о его переживаниях[120] чрезвычайно трудно бывает установить, действительно ли имел место обман чувств. Впрочем, это объясняется еще и тем, что обманы чувств по своему чувственному содержанию очень разнообразны и часто несопоставимы с нормальным восприятием.

Использовать можно только совершенно однозначные данные. Конечно, иногда и единичный обман чувств может быть с несомненностью истолкован как таковой, например, когда кто-то рассказывает, будто он совершенно определенно слышал в том или другом месте голос: "Посмотри на небо! Ты поможешь спасти мир" Но в общем мы, очевидно, имеем право использовать лишь образные описания *неоднократных* обманов чувств. Иногда случается также, что больной галлюцинирует в присутствии обследующего его врача, что может быть очень впечатляющим и убедительным. Например, больной прислушивается к чему-то наверху или в углу комнаты и явно отвечает голосам, которые слышит только он.

Важно знать, что хотя многие больные на *вопрос о голосах* сразу же дают информацию, или же смущенно молчат, или ищут уклончивый ответ, таким образом выдавая себя, но бывают и не галлюцинирующие, которые на наш вопрос о голосах бесхитростно дают утвердительный ответ. Если же их расспросить подробнее, то оказывается, что они имеют в виду вовсе не несуществующие голоса, а реальные голоса окружающего мира, которые слышим мы все.

---

[120] Здесь и далее под "переживанием" подразумевается то, что возникло в субъективном пространстве человека, возможно, без всякого внешнего повода и о чем он затем рассказывает исследователю. Поэтому не имеется в виду психическая переработка внешних событий, как, скажем, в тех случаях, когда человек говорит: "Вчера я пережил то-то и то-то".

Исключительное диагностическое значение для предположения шизофрении имеют определенные виды слышания голосов; *слышание собственных мыслей (звучание мыслей[121]), голоса в форме диалога[122] и голоса, сопровождающие замечаниями действия больного".*

Вот несколько примеров. Больная шизофренией отвечает на вопрос о голосах: "Это мои мысли, которые я слышу. Они становятся слышны, когда вокруг тихо".

Больной шизофренией говорит: "Когда я хочу о чем-то подумать, то в мозгу становится шумно. Так сильно, что как будто мои мысли звучат у меня в мозгу"[123].

---

[121] "Звучание мыслей", по-видимому, впервые было описано у G.Storring'a(1900), который одновременно предпринял дифференцирование между (1) галлюцинаторным звучанием мыслей (больной галлюцинирует голоса, в то же время сознавая, что эти голоса представляют собой его собственные мысли в осязаемой форме или еще каким-то образом тесно связаны с ходом его мыслей) и (2) бредовое звучание мыслей (больной убежден, что его мысли звучат и могут быть услышаны другими). Звучание мыслей упоминает и Ясперс, но скорее мимоходом ("Иногда больной слышит, как его собственные мысли тут же произносятся вслух"). Шнайдер имеет здесь в виду галлюцинаторное звучание мыслей, которое только у него впервые стало признаком, позволяющим уже почти с уверенностью распознать шизофрению. Это становится яснее ниже, где оно упоминается в качестве первого признака симптомов 1-го ранга. В DSM IV "звучание мыслей" как критерий шизофрении больше не содержится.

[122] "Голоса в форме диалога" встречаются в данном контексте и у Ясперса ("упорядоченная беседа голосов между собой"), однако свое особое значение они приобретают лишь у Шнайдера. Со ссылкой на Шнайдера они еще упоминаются в DSM IV ("two or more voices conversing with one another"; в нем. переводе: "два или несколько голосов, беседующих друг с другом"), правда, как мы видим, в измененной форме: опущен существенный у Шнайдера элемент "диалога" ("Rede end Gegenrede"). Это никак не объясняется, так что остается непонятным: сочтено это чересчур тонким психопатологическим отличием или просто оказалось трудным перевести этот оборот на английский язык. Голоса, которые всего лишь беседуют между собой (хотя и это может встречаться при шизофрении), не были бы, согласно Шнайдеру, шизофреническим симптомом 1 -го ранга, так как это явление встречается и в других случаях, например при алкогольном галлюцинозе.

[123] Голоса, "сопровождающие замечаниями действия больного", тоже упоминается у Ясперса и тоже получают свой высокий диагностический ранг лишь у Шнайдера. В международную литературу этот феномен перешел как "комментируюущие голоса". Однако следует заметить, что принятая в немецком языке сокращенная форма "сопровождающие голоса" более удачна, так как тем самым сохраняется формулировка Шнайдера, связанная с сопровождением действий. В

Больной шизофренией слышит свой собственный голос днем и ночью в форме диалога, причем один голос говорит всегда противоположное другому[124].

Больная шизофренией слышит, собираясь поесть: "Она уже ест. Она опять уже жрет". Когда она однажды стала втирать своей собаке мазь, то услышала: "Что же это она делает? Пачкает собаку". В другой раз она слышит: "Вот она уже снова приводит в порядок окно. Вот она зажигает свет, потому что это ничего не стоит."[125]

Особенно осторожными следует быть, предполагая *физический* обман чувств, считаться с которым можно, пожалуй, лишь в связи с переживаниями воздействия. За переживание физического воздействия здесь часто принимаются сравнения и образные выражения. Но если что-либо подобное действительно имеет место, то тем самым мы получаем *очень важные для диагностики шизофрении данные.* Переживания физического воздействия часто связываются с аппаратами, излучением, внушением, гипнозом. Нередко они имеют сексуальный характер.

Больная шизофренией говорит, например (у нее бред электрического воздействия): "Электростанции всего мира настроены на меня". Другая сообщает, указывая на свой пупок: "Это соскочило, как шнур. Оно поднималось через грудь, потом через шею и так вкатилось в голову. Я подумала сначала, что это удар. Тут

DSM это явление с указанием на Шнайдера вошло в следующем виде: (в нем. переводе) "голоса, которые дают беспрерывный комментарий к мыслям или поступкам человека". То есть было добавлено, что сопровождаться замечаниями могут мысли и что это происходит беспрерывно, тогда как у Шнайдера ни того, ни другого нет. Два примера звучания мыслей.

[124] Пример "голосов в форме диалога".

[125] Три примера "сопровождающих голосов".

я сказала мужу, что он должен меня убрать, я теперь все знаю”.

Следующая рассказывает об ощущениях в теле: “Было нечто вроде полового сношения, как будто я действительно была с мужчиной. Но не по-настоящему, не на самом деле. Мужчины не было, я была совершенно одна. Но было так, как будто он со мной, как будто у меня действительно сношение с мужчиной; только это я и чувствую”.

Помимо несомненного осмысления того, *что* пережил галлюцинирующий, важно также *его отношение к этому.* Если кто-то рассказывает, что он видел у своей постели покойную мать или слышал, как она зовет его по имени, и при этом добавляет: “Я ведь точно знаю, что этого не может быть”, — то здесь в большинстве случаев имеет место так называемый гипнагогический обман чувств. который не является признаком психоза, а лишь иллюстрирует мышление, страхи, тоску — в основном у людей с богатым воображением. Эти обманы чувств переживаются чаще всего в состоянии сна наяву или в полусне. Здесь не обнаруживается также никакого общего изменения личности, без которого обманы чувств редко можно оценивать как психотические, во всяком случае редко как шизофренические, подобное встречается скорее при токсических заболеваниях. Когда человек воспринимает что-либо чувственно, но не может корригировать это, как корригируют неверный ход мыслей, неверное суждение или мнение. Он может лишь на основания размышлений или вызывающих у него доверие сведений убедиться в том, что воспринятого им не могло быть на самом деле.

Переходим к нарушениям *мышления,* причем мы не можем четко отделить нарушения хода мышления от нарушений мыслительного акта, содержания мышления и результатов мышления.

Заторможенность мышления[126] — это нечто всеобщее и нехарактерное. Заторможенными бывают также робкие и стеснительные люди. Именно с таким поведением чрезвычайно часто сталкиваются врачи, особенно при наблюдении больного с целью освидетельствования, и это затушевывает картину и часто приводит к неправильному диагнозу. Конечно, вряд ли можно ошибиться в классических случаях циклотимной депрессии, наблюдая тяжелое, сопряженное с усилиями торможение мышления вкупе с глубокой, почти физической тоской[127] и замедленностью движений. Но это касается именно классических случаев. Для предположения мыслительного торможения необходимо прежде всего впечатление, что больной сам, абсолютно добровольно, *желает* что-то рассказать. Если этого нет, то данный симптом вообще нельзя использовать. Часто впечатление мыслительного торможения производит упрямый отказ от беседы по психологически понятным причинам, а также шизофреническая заблокированность[128].

Под *ускоренным мышлением,* "скачкой идей"[129] подразумевается, грубо говоря, возбужденное мышление,

---

[126] "Загорможенность мышления" — это формальное мыслительное расстройство с замедленным течением мысли, пониженным притоком идей и ассоциаций, отступлением от определенной тенденции и обеднением содержания мыслей, сводящихся к лишь немногим темам. При этом, однако, само мышление остается логичным и упорядоченным. Обычно заторможенность мышления встречается как один иэ симптомов эндогенной депрессии.

[127] "Физическая" или "витальная" тоска является у К.Шнайдера особым способом переживания чувства печали при эндогенной депресии. Она больше приближается к "чувству разбитости, изможденности, усталости и характеризуется самим больным как нечто совсем иное, нежели печаль по поводу чего-то". Если у больного с эндогенной депрессией встречается явление витальной тоски, то тогда говорят о "витальной депрессии".

[128] Имеется в виду блокирование мысли, внезапная потеря нити, при которой возникает пауза в мышлении (и речи). При устранении "заграждения" нормальный ход мысли восстанавливается.

[129] Идея "скачки идей" возникла в английской ассоциативной психологии, но уже в начале XIX в. немецкие психиатры считали ее су-

которое теряет свою цель и сбивается на всевозможные окольные пути. Из этого никоим образом не следует сразу же делать вывод о мании. Такая скачка идей может быть у человека с высокой температурой, пья-ного или рассказывающего что-либо захлебываясь, равно как и у экспансивного паралитика и псевдоманиакального больного щизофренией. Примеры ярковыраженной скачки идей, когда отдельные элементы хода мыслей бесцельно нанизываются, следуя звуковым или поверхностным внешним ассоциациям, — такие примеры редки.

Под *разорванным*[130] или скачкообразным мышлением мы понимаем то обстоятельство, что человек не может связать мысль с предшествующей и что для наблюдателя его мысли располагаются одна подле другой, не соотносясь друг с другом. Очень часто так думают и говорят больные шизофренией. Однако более легкие степени разорванности можно встретить повсюду. Бессвязны в этом смысле некоторые люди от природы, другие — в волнующих ситуациях, в состоянии опьянения, в лихорадке. Какими бы важными ни были эти расстройства мышления для сущности и теории шизофрении, значение их для практической диагностики невелико. Как раз более легкие формы в сомнитель-

---

щественным признаком мании. В 1-м издании своего учебника по психиатрии Крепелин (1883) описывает ее следующим образом: "Каждое новое впечатление немедленно вовлекаеся в ход представлений и пробуждает там целые ряды быстро сменяющих друг друга картин-воспоминаний. [...] При скачке идей речь идет о патологически возросшей способности комбинировать представления, которая позволяет перебрасывать ассоциативные мосты даже между самыми разнородными элементами..." Шнайдер здесь скептически относится к диагностической ценности этого признака

[130] Разорванность описывалась уже в начале XIX в. в немецких текстах как признак того, что позднее было названо шизофренией. Однако только Крепелчн ввел это обозначение в употребление и дал подробные описания этого явления. Как и Крепелин, большинство немецких психиатров считают его хотя и трудно уловимым, но особенно важным признаком шизофрении. Шнайдер же не скрывает своего скептического отношения к нему.

ных случаях слишком трудно интерпретировать как однозначно шизофренические. *Спутанное* мышление — тоже разорванное. Впрочем, часто употребляемая при этом характеристика “растерянный” тоже пригодна, хотя и она с точки зрения диагностики совершенно нейтральна. Здесь мы стоим уже на границе того, что может считаться нарушением мышления.

Чрезвычайно важным для диагностики шизофрении симптомом является отнятие мыслей[131]*,* в том числе простое прекращение давления. Однако здесь опять-таки имеют место многочисленные недоразумения. Я оставляю в стороне возможность спутать этот синдром с эпилептическими абсансами, хотя это и случается. Однако чаще ошибочно предполагается психотическое прекращение мыслей у людей, которые сообщают, что их мысли вмиг исчезли, то есть людей, жалующихся на недостаток концентрации и рассеянность. Определенно шизофреническое нарушение надо предполагать лишь в том случае, когда больной рассказывает, что мысли вытягивают из него *другие люди.* Разумеется, при ши-

[131] С отнятием, вкладыванием и распространением мыслей сегодня обычно связывают имя Шнайдера, так как он включил их в число симптомов 1-го ранга, однако он обнаружил их уже как признаки, разработанные до него феноменологической психиатрией. Они описываются и обозначаются, например, Ясперсом в 1-м издании “Общей психопатологии” (1913). Шнайдер, однако, придал этим симптомам более высокий диагностический ранг, чем это было принято до него. Это выражается и в его формулировке, что таким образом можно установить “бесспорное шизофреническое расстройство”, хотя Шнайдер, собственно, из принципиальных соображений придерживается мнения, что какого-либо патогномоничного шизофренического симптома не существует. DSM IV со ссылкой на Шнайдера упоминает отнятие и вкладывание мыслей, но добавляет, что они “классифицируются как странные”, благодаря чему возникает прочная связь со “странностью”, в то время как у Шнайдера это слово всего лишь несколько ниже используется наряду с этим более иллюстративно. Наконец, следует указать на то, DSM IY причисляет оба упомянутых феномена к бредовым симптомам, тогда у Шнайдера и всех представителей феноменологического направления они представляют собой нарушения мышления Кроме того, “распространение мыслей” в DSM IV не отнесено к критериям шизофрении. Это может быть связано с неточностью перевода…

зофрениях часто встречается и простое прекращение мыслей, поэтому использовать этот симптом нужно с большой осторожностью. На том же уровне, что и отнятие мыслей, находятся другие виды воздействия на мысли со стороны других людей — например *вкладывание мыслей.* Столь же важны и сведения о том, что *мысли принадлежат не только одному человеку,* но и другие принимают в них участие, что весь город или весь мир знает о них. Этот симптом — непосредственное участие других в содержании мыслей — мы предлагаем назвать отчуждением или *распространением мысли.* Уловить это не всегда легко. Здесь не имеются в виду сообщающие голоса или бредовое восприятие параноиков, которые якобы чувствуют по каким-то движениям и замечаниям других людей, что те знают о происходящем в них самих. Не имеются в виду и бредовые фантазии такого же содержания, не подкрепленные реальным восприятием. Скорее следует предположить, что речь идет о не поддающемся какому-либо объяснению качественном изменении самого мыслительного процесса (GRUHLE).

Один больной шизофренией так характеризует простое прекращение мыслей: “Когда я хочу удержать свои мысли, они прекращаются”. Другой рассказывает, что его мысли на протяжении лет отнимают у него церковные власти. Снова и снова, “за три дня работы”, у него забирают весь мыслительный материал. Больная шизофренией швея жалуется на то, что ее часто заставляют делать что-то неправильно. Как опытная швея она совершенно точно знает, какого размера должен быть воротник мужской рубашки. Но теперь, приступая к работе, она вдруг обнаруживает, что не знает больше результата расчетов. И это нечто совсем иное, чем обычная забывчивость. Ей приходят также в голову мысли, которых она не желает, в том числе плохие мысли. Все это она объясняет гипнотизмом некоего

капеллана. В этом примере мы видим отнятие мыслей и вкладывание мыслей.

Другая больная шизофренией, владелица магазина, следующим образом описывает распространение мыслей: “Люди воспринимают то, что я думаю. Здесь вы меня не обманете, это так и есть, я просто чувствую это. Я вижу это по их лицам. Само по себе это было бы не так уж страшно, если бы я не думала таких неподобающих вещей — “свинья” или еще какое-нибудь ругательство. Если я о чем-то думаю, это сразу же узнает сидящий напротив. А это ведь так стыдно”. В другой раз она сказала, что больше не может находиться в общей палате, потому что из-за нее будут страдать все остальные больные. Ибо они узнают все ее мысли, даже когда она молчит. Она замечает это по испуганным лицам пациентов, по тому. как сестры качают головой. Люди просто в ужасе от того, что такое вообще бывает. Врач тоже совершенно точно знает, о чем она думает. “Хотите сами попробовать? Я буду молчать, а вы слушайте”. Хотя здесь делается ссылка на поведение других людей и потому можно было бы предположить бредовое восприятие, однако вряд ли можно сомневаться в том, что речь здесь идет об элементарном распространении мыслей, о нарушении самого процесса мышления.

Еще одна больная шизофренией говорит: “Да, в прежние годы отец подслушал мои мысли и прямо-таки отнял их у меня”. Это сочетание распространения и отнятия мыслей позволяет также, пожалуй, сделать вывод, что распространение мыслей — такое же изначальное переживание, как и отнятие мыслей.

Навязчивые переживания, в том числе навязчивое мышление, могут лишь в незначительной степени быть отнесены к нарушениям мышления. Вытекающий из них бред не поддается этому совершенно. Однако систематическая психопатология в силу обстоятельств

вынуждена и его описывать в ряду нарушений мышления. *Внешне,* в определенной степени с точки зрения *результатов,* навязчивые состояния и бред выглядят как нарушения мышления.

Наиболее часто встречающейся формой *навязчивого состояния* является навязчивое мышление. Но чтобы не нарушать цельности, мы рассмотрим здесь и другие навязчивые явления.

Навязчивые состояния возможны лишь на почве *управляемой* психической жизни[132]. То есть они бывают при мышлении, при невитальных эмоциях и при влечениях физического и психического характера. Податливость, разумеется, очень различна. Обычно, в том числе при большинстве навязчивых состояний, переживание делает в большей или меньшей степени не поддающимся управлению и подавлению сила эмоции и влечения.

При навязчивом *мышлении* имеют место в буквальном смысле навязчивые представления — например, человека преследуют картины и мелодии. Более или менее наглядными навязчивыми идеями и мыслями являются такие известные не поддающиеся подавлению фантазии, как незакрытый газовый кран, причиненный кому-то каким-либо образом вред или непреодолимые исповедальные сомнения. Эти идеи всегда сопряжены со страхом или, во всяком случае, с беспокойством. Навязчивые *эмоции* встречаются редко, поэтому в дальнейшем мы оставляем их без внимания[133]. Одно-

---

[132] Явно имеется в виду, что навязчивое мышление не может возникать на почве шизофренических нарушений мышления. Но, возможно, ниже по этому поводу будет сказано еще что-то.

[133] Как навязчивые эмоции или аффекты характеризовались смех и плач, не основанные на соответствующих эмоциях и потому ощущаемые больным как чуждые и неумышленные. Эта характеристика сегодня повсеместно считается неверной, так как речь здесь не идет ни о симптомах навязчивости, ни о выражении субъективных побуждений. В своей работе “Понятийное исследование навязчивости“ Шнайдер, кроме того, причисляет к навязчивым эмоциям ситуацию, когда

временно с ними здесь следовало бы отрицать как неуместное и эмоциональное возбуждение. Так, кому-то в совсем не смешной ситуации может быть вопреки всякому благоразумию смешно. Более важными являются навязчивые *влечения:* например, просчитывать ковровые узоры или непременно броситься под приближающийся поезд[134]. Однако бывают и вторичные навязчивые влечения: так, у человека, который не может избавиться от мысли, что он запачкан, возникает потребность постоянно мыться. Из этих навязчивых переживаний понятным образом следуют навязчивые *действия,* которые могут выражаться и в бездействии. Они служат частично исполнением *первичных* навязчивых влечений (например, выкрикивание неприличного слова), частично защитой (навязчивое мытье). Несомненные навязчивые действия всегда носят безобидный характер.

Возникает вопрос, имеют ли все эти формы что-то *общее.* Критериями служат чаще всего *отчуждение от собственного Я* или понимание бессмысленности, что по сути одно и то же. Эти критерии могут иметь любую степень и бесконечно разбавляться, вплоть до неразличимых более признаков навязчивых состояний, а потому они в принципе несостоятельны.

Все навязчивые переживания несомненно имеют индивидуальный характер, несут на себе отпечаток собственного Я. Эти навязчивые состояния “субъективны”, а не приходят извне, как при шизофренических переживаниях воздействия. Поэтому содержание тоже в строгом смысле не отчуждено от собственного Я, оно *кажется странным* только из-за своей бессмысленности

человек невольно смеется, выражая другому свое сочувствие, а также плач от радости, которому человек сопротивляется.

[134] То, что здесь описывается как “навязчивые влечения”, больше известно под названием “навязчивые побуждения”, то есть импульсы к действию, возникающие у человека навязчиво, против его воли.

или мешающего постоянства. То есть содержание отнюдь не всегда рассматривается *как рационально* бессмысленное, что было бы возможно, впрочем, только при чисто логических актах.

Чаще всего речь идет, однако, не об этом, а лишь о *доминировании* и *упорстве,* которые расцениваются как бессмысленные или, точнее, необоснованные — например, при раздумьях на мировоззренческие, моральные, ипохондрические, биографические темы, которые совсем не обязательно бессмысленны с рациональной точки зрения, а чаще всего лишь *переоценены.* Но тут уже стирается грань между ними и заботами повседневной жизни.

Для констатации несомненного навязчивого влечения на всякий случай следует требовать, чтобы оно одновременно, а не задним числом, переживалось как чуждое и нелепое. И кроме того, чтобы это исходило из того же самого психического “пласта”, а не так, как может “моральное Я” синхронно отвергать импульсивный порыв. Но даже и это не приводит нас к принципиальному решению. Когда навязчивые влечения вторичны и служат защитой от навязчивых идей, их еще можно постичь. Но есть и первичные навязчивые влечения — например, произносить, вопреки странности такого побуждения, скверное слово или воровать. Здесь нам в конечном итоге изменяют любые критерии, какой-то грани, отделяющей другие “непреодолимые влечения”, не существует. Все навязчивые явления — это переживания, аномальные лишь в количественном отношении, точнее — в силу своей *интенсивности,* поэтому мы можем определить только их *ядро.* Вокруг него располагается расплывающийся во все стороны ореол, которому определение ядра удовлетворять не может. С этими оговорками мы говорим: *навязчивое состояние — это когда человек не может избавиться от содержимого сознания, хотя в то же время оценивает его*

как нелепое или по меньшей мере как упорно владеющее им без достаточных оснований[135]. Если подходить к этому совсем критически, то следует говорить “содержание сознания, идущее изнутри”, чтобы изолировать понятие навязчивых переживаний от внушенных *извне* переживаний больных шизофренией. Впрочем, уже из всего определения в целом явствует, что речь не может идти о внешнем принуждении.

Подавляющее большинство действительно мучительных навязчивых процессов — это тревожные фантазии не уверенных в себе натур, а *не симптомы психоза,* однако в клиническом смысле навязчивые процессы могут иногда иметь и другое значение. С психологической точки зрения по сути аналогичными могли бы, вероятно, быть навязчивые состояния в некоторых циклотимных фазах и при начинающихся шизофрениях. Другие, более формальные навзчивые состояния, например, простое, не связанное со страхом застревание представлений или некоторые навязчивые влечения, вроде просчитывания узоров, бывают у каждого человека, в частности, при переутомлении или повышенной температуре. Между этими формальными и выраженными тревожно-акцентированными навязчивыми состояниями существуют всевозможные переходы.

Бред бывает прежде всего в двух формах: бредовое восприятие и бредовая идея[136]. Вслед за ЯСПЕРСОМ и GRUHLE мы говорим о *бредовом восприятии в тех случаях, когда действительному восприятию без объяснимой* рационально или эмоционально *причины* придается *аномальное значение,* большей частью в плане *свя-*

---

[135] В “Понятийном исследовании навязчивости” Шнайдер дает еще следующее определение “ядра”: “... когда кто-то не может вытеснить содержимого сознания, при этом оценивает его как нелепое или безосновательно завладевшее им”.

[136] Ставшего столь основополагающим для немецкой психиатрии различия между бредовым восприятием и бредовой идеей в DSM IV нет.

зи с собственной личностью. Это значение — особого рода: почти всегда важное, настоятельное, до известной степени относимое на свой счет, как какой-то знак, послание из другого мира. Как будто в восприятии выражается "высшая действительность", по выражению одного из пациентов ZUCKER'A. Поскольку речь идет не о заметном изменении воспринимаемого, а об аномальном толковании, бредовое восприятие относится не к нарушениям восприятия, а к нарушениям "мышления". Оно представляет собой *шизофренический* симптом, признак (хотя и не совсем без исключений) того, что мы с *клинической точки зрения* называем шизофренией. В редких случаях оно встречается также при эпилептических сумеречных состояниях, при токсических психозах и мозговых процессах, как, пожалуй, и все шизофренические в психопатологическом смысле симптомы.

Один больной шизофренией пережил три странных, многозначительных случая, связанных с собаками, и описал последний из них следующим образом: "На лестнице женского католического монастыря меня подстерегала собака. Она сидела выпрямившись, смотрела на меня серьезно и подняла переднюю лапу, когда я приблизился. Случайно в нескольких метрах впереди меня шел тем же путем другой мужчина, и я поспешил догнать его, чтобы спросить, вела ли себя собака таким же образом и с ним. Его удивленное "нет" убедило меня в том, что я имел здесь дело с каким-то откровением".

Больная шизофренией женщина рассказывает: "Я хочу одно вам сказать: этот Шмиц держит моего сына в своей власти. У меня такое чувство, как будто он его загипнотизировал. Сейчас я была у сына в Кельне. Стою я внизу на вокзале, а ко мне подходит какая-то женщина и говорит: "Поезд наверху". Я бегу туда, и когда я уже в поезде, вижу, что это не тот поезд, он

едет до Леннепа. Я доехала до Ояигса и оттуда вернулась в Кельн. В поезде сидел человек, который, как мне показалось, хотел на меня воздействовать. Он так странно делал глазами, я прямо подумала, что за странный человек. Мне также показалось, что это был Шмиц. Он, должно быть, покрасил волосы, потому что тот был блондин. Я думаю, та женщина на вокзале заманила меня не в тот поезд по распоряжению Шмица, чтобы я с ним встретилась. Я абсолютно убеждена, что он уже давно держит меня под своими чарами. Я не могу всего этого понять. Когда я на прошлой неделе пошла к врачу, в приемной тоже сидел странный человек, который был у доктора передо мной. Это тоже мог быть Шмиц. Надо обязательно выяснить его имя и где он живет".

Больная шизофренией сообщает: "Люди из соседнего дома были такие странные и резкие — может быть, потому еще, что я всегда была такой тихой и спокойной и они из-за этого не хотели иметь со мной дела... В прошлое воскресенье у моих хозяев был в гостях один господин. Из-за этого гостя я пришла в замешательство. Я подумала, что этот господин — мой настоящий отец. Но потом я решила, что это только переодетый сын хозяев. Я не знаю — то ли они хотели меня испытать, то ли еще что. А потом у меня возникла мысль, что этот господин хотел жениться на мне".

Здесь безобидные наблюдения без видимой причины истолковываются в смысле связи с собственной персоной. Это не обязательно зрительные наблюдения, такое аномальное толкование может относиться к слову, фразе, запаху и вообще любому ощущению такого рода. Эти бредовые переживания следует отделять от отнесения на собственный счет, *имеющего повод*. С психиатрической точки зрения интерес представляют не рассудочные, а эмоциональные ложные толкования, то есть лишь те, что возникают на почве определенного

настроения, на почве страха, подозрительности и недоверия. Так, например, человеку, живущему в страхе перед арестом, в каждом, кто поднимается по лестнице, чудится сотрудник уголовной полиции. Эти *параноидные реакции,* которые с точки зрения содержания держатся строго в русле, предопределенном эмоциональным фоном, в сущности понятны и представляют собой нечто иное, нежели бредовые восприятия больных шизофренией. *Здесь проходит одна из безусловных границ между шизофреническим психозом и аномальной реакцией на события.* Там, где имеют место бредовые восприятия, всегда идет речь о шизофреническом психозе и никогда — о реакции на события. Однако *в обратном порядке* это положение использовать *нельзя.* То есть у многих больных шизофренией на почве аномальных настроений, на почве страха недоверия, ревности тоже развиваются такие параноидные реакции. Тем не менее их нельзя безоговорочно отождествить с реакциями на события непсихотиков. Их предпосылкой и здесь является не выводимый из психологии "процесс", который дает бредовым восприятиям их почву, направление и причинную связь. Мы придерживаемся обрисованного выше понятия бредового восприятия, однако не вызывающие сомнений с точки зрения этого понятия бредовые восприятия наблюдаются в целом у шизофреников не так уж часто. И *вряд ли возможно,* чтобы они возникали неожиданно, как гром с ясного неба, без подготовленной почвы (вопрос о возможности их эмоционального происхождения мы здесь полностью оставляем в стороне). Но об этом позже.

Часто к бредовым восприятиям, во всяком случае к бреду, относится и *неузнавание людей.* Это могут проиллюстрировать два из приведенных нами примеров. Неузнавание людей очень впечатляюще демонстрирует, сколь различные вещи могут скрываться под одним специальным термином (W.SCHEID), поскольку в других

случаях оно представляет собой расстройство восприятия или памяти (например, у людей с помраченным сознанием или слабоумием) либо основанный на иллюзии обман чувств, ложное восприятие. Состояние дезориентации в отношении местности и людей также часто носит бредовый характер. Этим больным хорошо известно, как называют другие люди местность, в которой они находятся, но они знают это иначе и лучше.

Под *бредовой идеей* мы понимаем, в частности, идеи о религиозном или политическом призвании, особых способностях, преследовании, любви к себе со стороны других. Это не поддается столь же четкому определению, как бредовое восприятие, и имеет *гораздо меньшее значение для диагностики шизофрении.* Без анализа общей клинической ситуации (имеющий характер процесса дебют, эмоциональная ситуация, проблема контактов, проявление) и при отсутствии в то же время бредовых восприятий предполагать бредовые идеи и — в более узком смысле — параноидные (шизофренические, парафренические) психозы можно лишь в самых явных случаях. Иногда такие бредовые идеи может порождать *и любой другой психоз,* однако провести границу между ними и идеями невротиков, сверхценными и навязчивыми мыслями бывает порой невозможно. Здесь нельзя руководствоваться невозможностью коррекции, а также не всегда — масштабами, неправдоподобием, *невозможностью.* Одна идея может казаться возможной и тем не менее являться бредовой (например, о том, что в человека влюблена соседка по комнате), а другая кажется невероятной и, однако, соответствует действительности. Так, у нас был однажды случай, когда одной девушке в ходе судебного процесса по делу о здоровой наследственности был поставлен диагноз “параноидная шизофрения”, потому что она уверяла, будто один князь наблюдает за ней и заботится о ней. Оказалось, однако, что в самом деле некий князь, с ко-

торым она вместе выросла и от которого в 18 лет родила ребенка, интересовался ее дальнейшей жизнью и постоянно справлялся о ней и ее ребенке. Если бы ее сын позднее стал рассказывать о своем княжеском происхождении, то и его легко заподозрили бы в том, что он страдает бредом происхождения. Следует остерегаться сразу же объявлять бредом любую идею, которая кому-то кажется причудливой и странной. Нужно по возможности добираться до сути идеи. Конечно, бывают случаи, когда приходится предполагать шизофренический психоз исключительно на основании совершенно необычных, нелепых, "сумасшедших" идей и сферы их переработ-ки. Они могут касаться собственной персоны (ипохондрия, происхождение) или других людей (преследование, причинение ущерба, ревность) и тем (изобретения). Такие случаи нечасты, и тогда по большей части возникает вопрос лишь об аномальном развитии. Можно недвусмысленно назвать их "парафренией", как KRAEPELIN, или, как GAUPP — все еще "паранойей"", в том числе и в тех случаях, когда в них видят лишь тип шизофренических психозов (JANZARIK). Дело не в наименовании, важно только различие между психотическим происшествием и психопатическим или ситуационно-реактивным изменением, которое мы считаем резким даже если его в редких случаях трудно уловить. Эту альтернативу еще до ЯСПЕРСА со всей остротой увидел КРЕПЕЛИН. Мания сутяжничества, на которую в этой связи охотно ссылаются, встречается и здесь, и там. В обоих случаях она представляет собой нечто динамичное, а не содержательное: можно быть сутягой и в ревности, и в ипохондрии, и в изобретательстве.

Эти клинически важные сведения о бреде следует дополнить более глубокими замечаниями.

Когда мы говорили, что бредовое восприятие нельзя вывести из настроения, то этому не противоречит то,

что и бредовому восприятию может предшествовать основанное на том же процессе *бредовое настроение,* переживание тревоги, реже — приподнятости. В этом смутном бредовом настроении бредовые восприятия часто означают уже “что-то”, но пока ничего определенного. Уже по причине своей неопределенности это бредовое настроение в содержательном плане не может быть направляющим для позднейшего бредового восприятия. Конкретное содержание бредового восприятия нельзя понять исходя из неопределенного бредового настроения: второе *в лучшем случае входит в состав первого, но не может быть выведено из него.* По эмоциональной окраске бредовое настроение даже не обязательно должно совпадать с последующим бредовым восприятием: бредовое настроение может быть тревожным, а бредовое восприятие — блаженным. Но если здесь иной раз *все-таки* можно вывести аномальное объяснение того или иного бредового восприятия из какого-то — например, боязливого — настроения, то это будет как раз одна из столь частых параноидных реакций психотика. В клинической практике бредовые восприятия и параноидные реакции порой трудно отличить друг от друга. Это *одна* из причин, по которым дифференциально-типологический вопрос “шизофрения или циклотимия?” остается порой открытым.

Бредовое настроение, вероятно, всегда предшествующее бредовому восприятию, мы называем его *подготовительным полем.* Из него, однако, никак нельзя логически вывести бредовое восприятие. Это только *первый шаг* к нему. К тому же не каждая такая подготовка носит ярковыраженный характер настроения. Еще труднее уловить другие формы пережитой готовности к бреду, установив на бред. (MATUSSEK, специально исследовавший эти подготовительные поля, говорит о бредовом напряжении). В этом случае всегда возникает вопрос: почему так настойчиво проявляется

именно *это*, а не другое бредовое восприятие? (Выбор бреда). И далее: откуда берется смысловой характер бреда и содержащееся в нем, как правило, отнесение к собственному Я?

От бредового восприятия мы отличаем *бредовую фантазию.* Она заключается не в аномальном, беспричинном переживании смысла какого-то бредового восприятия, а носит чисто мыслительный характер. Это *может быть продолжением* бредового восприятия, то есть быть связано с ним, без придания этому бредовому восприятию аномального *значения.* При виде полицейского больному шизофренией может прийти в голову, что его разыскивает полиция, но этому полицейскому нет до него никакого дела, то есть налицо аномальное осознание смысла с отнесением к собственной персоне. (Многие фантазии *любого* рода связаны с восприятием). Мы предпочитаем говорить “бредовая *фантазия”,* а не “бредовое *представление”,* потому что здесь редко идет речь о действительных, до большей части оптико-зрительных представлениях, связанных с фантазиями или воспоминаниями, о которых мы еще будем говорить. Закрепившиеся в результате бредового восприятия мнения, как и закрепившиеся бредовые фантазии, мы называем бредовыми *мыслями.* Обозначение “бредовая идея”, которое происходит из давно минувшей психологии, лучше всего вообще не употреблять[137]. Если между отдельными бредовыми восприятиями, параноидными реакциями, бредовыми фантазиями и

[137] Здесь следует указать на то, что слово “бред” в различных языках имеет разную историю. DSM IV повсюду использует лишь одно слово: “delusion”, которое происходит из английского разговорного языка и имеет в качестве основного значения “обман, заблуждение”, а в качестве дополнительного — “оптический обман”. В немецком варианте DSM IV это слово переведено как “бредовый феномен” - понятие, соответствующее логике феноменологической школы, которое DSM IV, разумеется, не использует.

бредовыми мыслями устанавливаются связи, то получается бредовая система.

Выявить бредовую фантазию еще труднее, чем бредовое восприятие. *Бредовое восприятие* логически расчленяется *на два элемента.* Первый идет от воспринимающего человека к воспринимаемому предмету, второй — от воспринимаемого предмета к аномальному смыслу. При этом не существует принципиальной разницы между каким-то оптически воспринятым предметом и понятным в языковом отношении смыслом услышанных или прочитанных слов. По сути своей это, конечно, разные веши. Две перекрещенные деревянные палочки для человека, не страдающего бредом, — всего лишь фигура из двух деревяшек, если он вообще их заметит. Для больного шизофренией же это значит гораздо больше — например, что он будет распят на кресте. Хотя для не страдающего бредом слова "вон идет человек" или надпись на могиле "Кто знал тебя, никогда тебя не забудет" тоже являются *сообщениями,* но для больного шизофренией это опять-таки нечто большее, а именно — сообщения, имеющие особый, чаще всего направленный на него самого, аномальный смысл. Так же могут восприниматься и слова, произнесенные с церковной кафедры. То есть и те сообщения, которые сами по себе имеют рациональный смысл, могут превращаться в бредовые восприятия. С точки зрения рассматриваемой нами проблемы обе эти формы не являются различными. Впрочем, и вне речевых сообщений часто встречаются бредовые восприятия, которые передают, помимо самого предмета бредового восприятия, еще и дополнительное значение того или иного факта. Если перед домом стоит мебельный фургон, то для прохожего эта характерно выглядящая машина означает не только мебельный фургон, но и то, что из дома, видимо, кто-то выезжает или въезжает в него. То

есть для этого переживания смысла имеется оправданный повод, притом разумно, рационально оправданный. Этот смысл не представляет собой ничего “особен-ного”, в частности ничего относящегося к собственному *Я*. Больной шизофренией же, в случае если мебельный фургон стал бы для него поводом к бредовому восприятию, усмотрел бы за чьим-то въездом или выездом еще дополнительный, чаще всего восходящий к нему самому аномальный смысл, именно ложный, *бредовый смысл*. Этот *последний* отрезок, не поддающийся ни рациональному, ни эмоциональному постижению, мы называем в своей классификации вторым элементом.

Когда речь идет о символических событиях в непсихотической жизни, то можно сказать, что здесь тоже “из-за” восприятия с нормальным значением как бы выступает еще и второй элемент, охватывающий символическое переживание. Однако этот второй элемент понятен с индивидуальной или коллективной точки зрения, а такие понятные толкования относятся для нас к первому элементу. Когда молодой человек весной находит первую фиалку и видит в ней знак приближающейся любви, то это объясняется его настроением. Когда для кого-то найденный им четырехлепестковый листок клевера означает “счастье”, это толкование объясняется коллективной уверенностью в этом. Когда суеверный человек боится продолжать свой путь, потому что ему перебежала дорогу черная кошка, это тоже основано на коллективном толковании факта, воспринимаемого как “знак беды”. И только “за” всеми этими понятными толкованиями начинается “безоснователь-ный”[138] для нас второй элемент, характеризую-

---

[138] “Безосновательное установление связей” — принадлежащее Груле часто цитируемое изречение, предназначенное для характеристики настоящего бреда, на что Шнайдер здесь намекает и к чему возвраща-

щий бредовое, ложное восприятие. Впрочем, и само качество поражения при бредовом восприятии, вероятно, иное, даже если его трудно выразить каким-либо понятием. Похоже, что это нечто ниспосланное свыше совершенно особого рода.

Бредовая фантазия с логической точки зрения состоит из одного элемента. Когда кому-то приходит в голову, что он Христос, то это однозвенный процесс: данное звено охватывает отрезок между думающим и фантазией. Недостает второго звена, которое соответствовало бы отрезку между воспринимаемым предметом (включая нормальное восприятие и понятное толкование смысла) и аномальным значением при бредовом восприятии. Бредовая фантазия — это вовсе не “безосновательное установление *связи*” — понятие, которым GRUHLE раньше хотел охарактеризовать весь бред. О двузвенном бредовом *восприятии,* а не о двузвенной бредовой фантазии мы предпочли бы говорить и в том случае, когда какому-то *возникшему в памяти* наблюдению или ощущению задним числом придается особое значение. Так, например, больной шизофренией может считать, что корона, выгравированная на вилке, которой он ел в детстве, указывает на его княжеское происхождение. Это — некоторым образом *мнестическое бредовое восприятие или,* другими словами, *одна из* форм бредового *воспоминания* (оно бывает также в виде бредовой фантазии, например, когда кому-то вдруг приходит в голову, что уже ребенком он обладал сверхъестественной силой: *мнестическая бредовая фантазия).* Это воспоминание о выгравированной короне, впрочем, могло бы быть *и ложным* воспоминанием, что, однако, в нашей проблеме ничего не меняет, поому что с *точки зрения переживаний* здесь

ется несколько ниже. Имеется в виду, несомненно, лишь нечто “непостижимое”.

имеет место возникшее в памяти восприятие. Предположение мнестического бредового восприятия может показаться странным, так как мнестические “восприятия”, воспоминания о зрительных переживаниях называются как раз “представлениями”. Выражение “бредовое представление” стало ныне таким затасканным и размытым, что в проблеме бреда его уже нельзя употреблять даже там, где оно было бы на месте, потому что бесперспективно пытаться сузить его до правильного. И кроме того, эта парадоксальность устраняется, если вспомнить, что определенный интервал времени между восприятием и аномальным переживанием смысла часто встречается и при актуальных бредовых восприятиях. В последнем из приведенных выше примеров бредового восприятия девушка, больная шизофренией, говорит, что *“потом”* у нее “возникла мысль”, что пришедший в гости мужчина был только переодетым сыном хозяев, который хотел ее испытать либо взять в жены. Составляет ли этот интервал секунду, час или годы, не имеет принципиального значения.

Конечно, теоретически можно придумать и двухэлементные бредовые фантазии. Если больному шизофренией представляется, что пришедшая ему в голову мысль о каштановом дереве означает предстоящую железнодорожную катастрофу, то это будет установлением связи без рационально или эмоционально объяснимого повода. Тем самым бредовая фантазия становится действительно двухэлементной. Но это конструкция, допускаемая возможность, которой. может быть, не соответствует никакой действительный процесс. То *есть мы придерживаемся мнения, что бредовая фантазия не обнаруживает двухэлементности такого рода,* поэтому с данной точки зрения ее нельзя четко разграничить с другими фантазиями.

Как и бредовые восприятия, бредовые фантазии часто носят характер чего-то совершенно особенного, важ-

ного. Если и здесь говорить о каком-то “особом значении”, то следует все же отдавать себе отчет в том, что здесь слово “значение” употребляется в *совершенно ином смысле,* чем при бредовых восприятиях, и остерегаться игры слов. При бредовых фантазиях “особое значение” означает лишь, что они имеют особую *важность для* соответствующего человека, особый вес и оценку с его стороны. При бредовом же восприятии речь идет о том, что какому-то восприятию (ощущению, наблюдению) придается особый аномальный *смысл* (бредовый смысл). Однако эту особенную оценку важности при бредовой фантазии тоже нельзя считать решающей для ее разграничения с другими фантазиями. И фантазия об изобретении или религиозная фантазия в непсихотической жизни тоже могут иметь для пережидающего их ту же важность, такое же значение. Во всяком случае, разницу уловить невозможно. Исключительное торжество своего *Я*, “диаметральная позиция” по отношению ко всему существующему до сих пор, окраска проявления — стихийно-яркая или же мрачная — иногда, разумеется, дают очень большие основания подозревать шизофреническую бредовую фантазию, однако и они ве являются безусловными критериями по отношению к фантазиям нормальной, психопатической или же иным образом психотической жизни.

Даже критерий психологической невыводимости, *“первичности”* в принципе не применим в отношении бредовых фантазий, так как они, вероятно, всегда возникают из предпсихотического мира мыслей, ценностей и влечений больного, страдающего бредом. Если бы бредовые фантазии имели специфическую структуру, *это* не имело бы диагностического значения, так как тогда можно было бы обойтись без содержания. Однако они, как мы видим, не имеют такого специфического вида, и поэтому вдвойне сомнительно, что и

критерий невыводимости очень часто оказывается весостоятельным. Всегда там, где существует сильная связь с предпсихотической личностью и ее переживаниями, следует, по-видимому, проявлять сдержанность в предположении психоза в *тех случаях,* когда не наблюдается однозначно психотических переживаний. Это относится и к бредовому *восприятию,* поэтому здесь не имеет диагностического значения содержательная связь с *предпсихотическим,* безусловно, тоже имеющая место. Бредовая *фантазия не имеет такой специфической структуры,* как бредовое восприятие, поэтому *сама она* не может служить обоснованием предположения психоза. Нужно смотреть на общую клиническую ситуацию, на то, что лежит за пределами бредовой фантазии, а так же на сам масштаб этой фантазии, что, правда, как мы видели, является относительным критерием. Ведь есть фантазии, напоминающие гротеск, — например, связанные с ипохондрией, с нанесением обиды и с ущемлением интересов, с ревностью, с чрезвычайными способностями, — которые тем не менее не являются признаками психоза и явно *не являются* бредовыми фантазиями.

То, что бредовую фантазию в ее структуре невозможно принципиально отличить от других фантазий, очень затрудняет клиническое разграничение многих шизофренически-бредовых заболеваний и аномальных развитий личности, аномальных реакций на события, а также других психозов всякого рода. Безусловно, впечатление таково, что шизофренические бредовые фантазии — это нечто другое, нежели фантазии непсихотические и психотические иного рода, какими бы нелепыми, странными и гротескными они ни были; но психологически уловить это до сих пор невозможно.

Шизофреническая бредовая фантазия тоже вряд ли приходит, как обвал. Можно предполагать, что она произрастает на *почве* предчувствий, смутных догадок,

колебаний, медленно или же внезапно поднимаясь до уровня более или менее постоянной уверенности.

Кроме того, клинико-диагностическую оценку бредовой фантазии затрудняет тот факт, что бредовая фантазия и сфера ее переработки встречается и как *изолированный* симптом, насколько мы можем судить. В противоположность этому бредовое восприятие, которое само по себе уже вследствие своего специфического характера гораздо легче постигается как психотический симптом, пожалуй, никогда не бывает полностью изолированным: вряд ли возможно, чтобы кроме него не имелось совершенно никакой психотической симптоматики. Это одна из причин, почему случаи с бредовым восприятием настолько легче понять как психозы, чем случаи с изолированными бредовыми фантазиями. Теперь это уже не абстрактно-психопатологические точки зрения, но ведь в клинической работе и не бывает сосредоточенности на одном-единственном пункте.

Психопатологические понятия берут начало в определенном воззрении, с которым их можно снова и снова сопоставлять и проверять. Мы имеем право требовать, чтобы они *по существу* преодолевали клиническую реальность, которая является их исходным пунктом, целью и смыслом. С помощью приведенных здесь данных это вполне возможно. Здесь вбиты свои вехи, по которым можно ориентироваться в клиническом плавании. Однако никто не может ожидать от этих разграничении в понятиях, что с их помошью теперь можно принимать безошибочное решение *в каждом конкретном случае.* Всегда остаются случаи, когда можно лишь ставить вопрос о тех или иных понятиях, не получая однозначного ответа. Но считать из-за этого бесполезными усилия по выработке понятии значило бы вообще отказаться от научной психопатологии.

Трудны для оценки и чаще всего очень многозначны аномалии *эмоций.* При оценке *настроения,* конечно, нельзя руководствоваться тем, что говорит об этом сам пациент. Учить правильно видеть и оценивать теплоту и глубину депрессивного расстройства настроения или подлинность и естественность веселости следует (если это вообще возможно) только на примере живого человека. Оба расположения духа сами по себе в диагностическом отношении совершенно не показательны, равно как и *страх.* Тот факт, что человек всегда тем или иным образом настроен, в конечном итоге обусловливает то, что расстройства в нормальной, аномально-интенсивной (психопатической) и психотической жизни можно обнаруживать *всюду.* Ни один другой “симптом” не характеризуется таким широким предрасположением и не является таким универсальным. Обманы чувств и бред — две других “крупных темы” психопатологии — остаются в этом отношении далеко позади.

Мы не имеем возможности подробно охарактеризовать здесь различные виды, в частности, *депрессивного расстройства настроения.* Принципиально выделить следует прежде всего:

1) расстройство из-за чего-то, реактивное (мотивированное) плохое настроение;

2) реактивное, чаще всего раздражительно-мрачное плохое настроение на *фоне* всякого рода психического напряжения или физического нездоровья — например, мигрени, менструаций, токсического последействия;

3) *подпочвенную депрессию* (Untergrunddepression)[139], то есть произвольное возникновение душевных

[139] “Подпочвенная депрессия” — понятие, введенное Шнайдером. Оно обозначает депрессивное расстройство настроения, не причисляемое к циклотимии в шнайдеровском смысле и обусловленное не поддающейся более близкому эмпирическому толкованию психиче-

депрессивных эмоций, что встречается всюду, не только при подпочвенной депрессии в узком смысле непсихотических колебаний настроения;

4) *витальное расстройство настроения*[140] *циклотимиков,* которое часто господствует над всей картиной. Оно локализуется *в голове, в груди, в области желудка.*

Одна больная циклотимией рассказывает, что она всегда печальна. Но эта печаль состоит больше в каком-то внутреннем беспокойстве и возбуждении, которые прочно сидят у нее в груди. Однажды она пожаловалась на чувство давления, тяжести в облас ги груди и

ской подпочвой свободно возникающих настроений, страхов, навязчивостей, переживаний отчужденности и т.д. Тем самым глубинная депрессия не является патологическим расстройством в шнайдеровском смысле, а сопровождает жизнь в остальном психически здоровых людей. В конце концов перед Шнайдером встала проблема, заключавшаяся в том, что, с одной стороны, он еще отчетливее, чем раньше, выделил эндогенную депрессию как клинический тип, установив такое качество, как “витальность”; с другой стороны, ШНАЙДЕР признавал циклотимиков, у которых признак “витальности” отсутствовал, а также множество других состояний, к которым так или иначе подходила характеристика “депрессия”. Здесь он попытался (принципиально отказавшись от всех психоданамических соображений) ввести также ясность в само понятие, что дальше выявится со всей очевидностью. Однако в этом ШНАЙДЕРУ не сопутствовало всеобщее признание. Понятие “подпочвенная депрессия” время от времени встречается в немецкой психиатрической литературе, но общеупотребительным оно так и не стало.

[140] “Витальное расстройство настроения” или “витальная тоска” — типично шнайдеровское выражение, которое означает для него специфически депрессивное чувство у людей с эндогенными депрессиями (у Шнайдера — циклотимией) Эти представления позаимствованы у философии Max Scheeler'a, который различал душевные и физические чувства. Для Шнайдера циклотимная депрессия отличается от всего остального, что может быть названо депрессией, именно тем. что при ней затронуты (также, а иногда — только) физические чувства. В немецкой психиатрии, в отличие от французской и английской, эндогенная депрессия и без того считалась четко отмежеванной единицей, главным отличительным признаком которой, согласно Шнайдеру, следовало считать витальное расстройство настроения. В DSM IV нет ни такого расстройства, ни вообще какой-либо отдельной эндогенной депрессии. Напротив, все депрессивное словно бы измеряется шкалой тяжести и при известной тяжести говорится о “большой депрессии”.

желудка. На вопрос, что это за чувство, она ответила: “Это скорее тоска”. Другая указывает на свою грудь: “Ужасное уныние у меня там внутри”. На тяжесть возлагается часто также вина за уныние. “Только тяжесть сделала меня унылым”.

В качестве источников ошибок упомянем лишь, что есть, как известно, часто выдвигаемые ложные мотивы, в том числе самообман, а кроме того — что даже мотивированные и подпочвенные расстройства настроения часто ведут к всевозможным вторичным проявлениям физического нездоровья. Впрочем, отнюдь не все больные циклотимной депрессией обнаруживают подобную витальную депрессию. Некоторые страдают от произвольно возникающей душевной тоски с соответствующим содержанием мыслей. Встречаясь с *самообвинением* в прегрешениях, следует помнить, что бывает и нормальное, объяснимое раскаяние. Реже это относится к страху перед обнищанием. В этом случае тоже всегда важна общая клиническая ситуация. При обсуждении иерархического порядка симптомов при постановке диагноза нам предстоит еще раз, притом значительно углубленнее, остановиться на теме депрессии.

При *маниакальном настроении* мы приписываем все значение веселости или, точнее, радостности, а не возбужденности, то есть именно настроению. С клинической точки зрения как маниакальные можно иногда рассматривать также состояния раздраженности суетливости, оживленности, особенно в тех случаях, когда параллельно существуют депрессивные состояния. Однако иногда раздражительность является лишь реакцией на торможение радостности и вытекающего из нее стремления что-либо предпринимать. Особенно сдержанными следует быть в использовании характеристики “лишенный эмоций”, “пустой”, “тупой”, традиционно, но совершенно необоснованно применяемой

почти исключительно к больным шизофренией. За этим могут скрываться совершенно разные вещи. Иногда это действительно имеет место, например, у больных шизофренией, прогрессивным параличом или бесчувственных психопатов. Но встречаются и многочисленные ошибки исследователей. Порой на "ощущения бесчувственности" жалуются циклотимно-унылые и некоторые психопаты, которым в результате самоанализа все чувства кажутся ненастоящими и пустыми. Чаще вводят в заблуждение упрямые реакции и апатично-смиренное *нежелание рисковать* в ситуации обследования. Следует быть осторожными и с оценкой эмоциональных реакций как чопорных, надутых, неестественных. Нарушение отношения, *контакта* или *раппорта,* которое мы вправе здесь обсуждать, часто основывается на совершенно субъективной оценке, не говоря уже о том, что сама ситуация обследования затрудняет установление контакта. Ведь к контакту нельзя принудить. У отрицательно настроенных и подозрительных людей такие попытки приводят чаще всего к противоположному результату. Только для *очень* опытного врача отсутствие отношения (к обследованию— *прим. ред.*) может оказать важную, иногда решающую помощь в диагностике шизофрении ("диагноз по отношению").

И наконец, следует упомянуть *неадекватность эмоции.* Под этим мы подразумеваем не тот повседневный опыт, когда постороннему взгляду эмоциональное сопровождение кажется не соответствующим тому или иному событию. Мы думаем скорее о неадекватности, которая часто оценивается как шизофренический симптом. Однако это лишь видимость. Эмоциональное безразличие больного шизофренией может быть неадекватно тому, что он *говорит,* — скажем, что через час он будет казнен. Но это безразличие *не* является неадекватным тому значению, которое сказанное имет *для*

него самого. Ибо в противоположность всегда серьезному бредовому восприятию бредовые фантазии и у больных шизофренией часто несерьезны, даже шутливы, так же как у маниакальных и органических больных. (Несерьезный бред — это нечто иное, чем обеднение эмоционального содержания первоначально серьезной бредовой фантазии). Равно неважным для диагностики является весьма многозначная *амбивалентность* эмоций, которую нам поэтому нет нужды рассматривать[141].

Среди расстройств *стремлений* (влечений)[142] и *желаний* нас интересует прежде всего утверждение о *воздействии на волю.* (Если под “волей” понимать решение, то о воздействии на “волю” говорить приходиться редко, однако мы будем пользоваться этим общепринятым обозначением). Но здесь следует остерегаться понятия “как будто”. Иногда случается, что, например, высказывание девушки, которая не может освободиться от своего друга, что она “как будто под гипнозом”, воспринимается не фигурально, а буквально, и вследствие этого возникает подозрение в психозе. То есть пациента следует подробно расспрашивать, чтобы наглядно представить себе, что на самом деле им переживается. Следует также знать, что многие люди верят в “воздействие на расстоянии”, не будучи психотиками, как и вообще нужно всегда учитывать, прежде всего в вопросах бреда, народные поверия и суеверия. Психотическое воздействие на волю должно непосредственно переживаться как *постороннее вмешательство.* Примеры воздействия на волю мы уже приводили при обсуждении отнятия и вкладывания мыслей. Один сту-

---

[141] Для E.Bleuler'a, однако, амбивалентность эмоций относилась к первичным симптомам шизофрении.

[142] Тем самым Шнайдер ссылается на свою собственную теорию влечений, как она представлена в приложении. Однако здесь она не объясняется, поскольку считается известной.

дент, страдающий шизофренией, говорил: “Из-за внушения я не могу сейчас выздороветь, потому что против меня действуют сотни и тысячи воль”. Как и мысли, осуществляться, находиться под влиянием и управляться другими могут также поступки, *чувства* (о чем мы при их обсуждении специально не упоминали) и влечения. В качестве объяснения часто приводятся внушение, одержимость. гипноз или “аппараты”.

Отсутствие побуждений и расторможение инстинктов, порывистые действия и инстинктивные, импульсивные поступки в диагностическом отношении глубоко нейтральны. Они встречаются у людей с заболеваниями головного мозга и у всех психотиков, а также в качестве особенностей личности и как реакция на события. Их толкование зависит от общей клинической, а также неврологической картины.

Среди основных свойств переживания величайшую шизофреническую специфичность имеют *некоторые* нарушения *переживания собственного Я*[143]*,* а именно те нарушения, связанные с понятиями “я” и “мое”, которые заключаются в том, что собственные действия и состояния переживаются не как собственные, а как управляемые и испытывающие воздействие со стороны других. Все эти нарушения, связанные с *Я*, мы уже обсуждали в другом месте, потому что их можно описывать с таким же успехом с точки зрения восприятия,

---

[143] Переживание своего *Я*, то есть переживание собственных душевных процессов как относящихся к собственному *Я*, без размышлений о них и обычно без их толкования, собственно, интересно и, может быть, распознаваемо лишь потому, оно может нарушаться у больных шизофренией. Надо принять во внимание, что Шнайдер здесь говорит о “величайшей шизофренической специфичности” исходя из своей собственной теоретической позиции. В DSM IV, напротив, нару-шения переживания своего “я” не упоминаются как критерий шизофрении.

мышления, чувств, стремлений и желаний. Мы говорили о воздействии на тело, мысли, чувства, стремления (влечения) и желания. Неприменимы для диагноза шизофрении такие нарушения, как странность, автоматизм собственного поведения, если они не приписываются воздействию других людей или сил. Нарушения, связанные с собственным *Я,* описывались часто. Их понимание затрудняется тем, что нормально-психологические критерии переживания своего *Я* едва ли поддаются однозначному описанию. Имеющаяся литература часто девальвирована воспроизведением обманных, нередко искусственно преувеличенных самохарактеристик, стремлением к сенсационности, а также построением скороспелых теорий психологического, физиологического и даже локализаторного рода, опережающих постижение самих феноменов, что, впрочем, удается здесь с трудом. Прежде всего тут следует обратить внимание на то, что при пе-реживаниях своего *Я* речь идет не об узнавании, оценке, отражении собственной личности, а о чем-то *формальном.* Из предосторожности лучше не говорить об “осознании” своего *Я*, так как понятие “сознание” грозит многими двусмысленностями. В качестве формальных критериев осознания своего *Я* (прежде всего — осознания личности) ЯСПЕРС выдвинул следующие четыре:

- ✓ осознание своего *Я* как противоположности внешнему миру и другим людям,
- ✓ ощущение деятельности (осознание своей активности),
- ✓ осознание идентичности во времени,
- ✓ осознание неповторимости в настоящий момент.

К этим четырем критериям мы добавили *осознание существования*, которое ЯСПЕРС затем позаимствовал, выделив в качестве подвида осознания активности осознание бытия. Назвав это *переживанием бытия*, мы

рассматриваем его как самостоятельный пятый критерий.

Переживание бытия, пока человек в сознании, может не прекращаться, а только раздражаться, как в полусне или при помраченном сознании. Жалобы больных циклотимной депрессией или шизофренией на то, что они больше не живут, нельзя воспринимать буквально. Ведь эта констатация обусловлена опять-таки переживанием бытия, пусть и притупленным. Частично речь здесь идет о самом настоящем (нигилистическом) бреде, частично причиной таких высказываний являются тяжелые, в том числе галлюцинаторные, изменения физических ощущений.

Разграничение с внешним миром и другими людьми тоже, по-видимому, никогда не прекращается в буквальном смысле. Характеристики типа "экстатический" не следует воспринимать буквально. Во всяком случае, излияние чувств — это не утрата границ своего *Я*, не утрата контуров.

Переживание неповторимости в данный момент также вряд ли может когда-либо исчезнуть. Нечто подобное можно пережить в течение нескольких секунд, например, в состоянии усталости: какое-то мгновение человек слышит себя говорящим, как если бы говорил посторонний. Сообщения психотиков о таких переживаниях раздвоения нельзя воспринимать с точки зрения нормальной психологии, то есть опять-таки буквально. Это слишком часто делала феноменология, как и во всей этой области. В физическом плане раздвоение встречается как аутоскопическая галлюцинация (видение самого себя). Однако *Я* остается в видящем.

Переживание *идентичности во времени,* непрерывности, не нарушается никогда. Сообщения о расщеплении, раздвоении не одномоментном, а длящемся в течение какого-то времени, о мультиперсонализации, вероятно, всегда являются ложью. Прежде всего нико-

гда не вызывало доверия “альтернирующее сознание”[144]. Под этим подразумевается, что какой-то человек является то А, то В, и в периоды А он помнит только о периодах А, а в периоды В — только о периодах В. Даже после тотальных амнезий сохраняется непрерывность *Я*. При переживаниях превращения у психотиков — в другого человека, в собаку, в горящую рождественскую елку — прежнее *Я* не стирается, а продолжает существовать, несмотря на превращение.

Циклотимы никогда не вспоминают предыдущую фазу заболевания (с противоположным знаком) или в здоровые периоды — пережитую фазу любого рода как нечто чуждое их *Я*; в лучшем случае — как чуждое их *личности.* Впрочем, имело бы смысл исследовать, какие черты личности присутствуют и в мании, и в депрессии, существуют ли качества, которые остаются неизменными независимо от смены настроения и темперамента, то есть не подверженными периодическим личностным изменениям. Это важная проблема и в “антропологическом” отношении: существует ли нечто, чем “является” данный человек? Или нет ни одной черты его сущности, которая не была бы подвержена периодическим метаморфозам? Этот вопрос, однако, не затрагивает расстройств самосознания, и столь же мало идет речь о нарушениях непрерывности в тех случаях, когда кто-то, оглядываясь назад, констатирует, что он

---

[144] Несмотря на это, в США в 80-е годы вокруг этой старой проблемы возникла новая дискуссия, основанная на прежней американской литературе и на новых наблюдениях. В конце концов это привело к тому, что в DSM III “множественная личность” стала официальной диагностической категорией. В DSM III-R она была заменена на “множественное расстройство личности”. DSM IV отказалась от понятия “множественной личности”, но не от самой его сути, и различает теперь две диагностические категории этого рода: “диссоциативное нарушение идентичности” (многократное изменение личности) и “диссоциативную фугу” (однократное изменение личности)

“был другим”. При этом имеется в виду опять-таки личность, а не Я.

Ощущение деятельности, осознание активности по ЯСПЕРСУ, мы преобразуем в *переживание понятия “мое”* (Meinhaftigkeit), так как, например, при переживании чувств, как и при многих переживаниях мысли, не может, вероятно, идти речь об активности. Ответить на вопрос о понятии “мое” при различных видах действий очень трудно, даже часто невозможно. Можно только сказать, что восприятия в нерефлектирующем, естественном поведении не связаны с понятием “мое”, тогда как эмоции, стремления (влечения) и волевые решения связаны с ним всегда. Эти виды переживаний были бы просто упразднены, если бы не были связаны с понятием “мое”. Трудно решить, всегда ли более или менее нейтральное в эмоциональном отношении мышление переживается как “мое”. Но несомненно, что с содержанием эмоций повышается и отчетливость понятия “мое”, и именно навязчивые мысли, в большой степени насыщенные эмоциями, явственно связаны с понятием “мое”, хотя они и оцениваются как нелепые или же неоправданно упрямые и доминирующие.

Аналогичная ситуация имеет место при переживании собственного тела. Может быть, в силу его *чувственной* данности, например, при движениях, всегда присутствует связь, пусть даже неясная, с понятием “мое”. Чем сильнее содержание ощущений и тем более чувств (при болях), тем отчетливее связь с понятием “мое”.

Из-за трудности постижения этой связи ее расстройства тоже невозможно описать с достаточной уверенностью и точностью. Это в особенности касается мыслей и переживаний, связанных с собственным телом, поэтому мы здесь больше не будем о них говорить — это увело бы нас в бездонные глубины и пустые конструкции. Только когда понятию “мое” наносится ущерб

со стороны других, эти расстройства становятся более уловимыми. Но пережить вместе с шизофреником его “неестественные” переживания невозможно[145]. Неизвестно также, действительно ли это непосредственный, элементарный опыт, который вообще можно сравнить с тем, что мы себе при этих описаниях представляем с нормально-психологической точки зрения. Такие шизофренические переживания поддаются описанию всегда лишь с помощью чего-то вроде “негативной психологии”, то есть, в сущности, не поддаются ему. Это относится и к тем шизофреническим расстройствам, которые уже были описаны при других критериях. И кроме того, это относятся к зачастую аналогично характеризуемым токсическим расстройствам, которые переживающими их впоследствии наверняка переосмысливаются (да и должны переосмысливаться) как нормаль-но-психологические. При переживаниях сновидений ситуация аналогичная. Если “мое” полностью уступается другим людям, то в результате возникает переживание одержимости. Однако в большинстве случаев, как и при инспирации, собственное *Я* при этом не стирается полностью. Никоим образом не нарушается связь с понятием “мое” при *навязчивом состоянии:* навязчивость, бессмысленность, торжество над чем-то, странность разыгрываются внутри *Я*. Навязчивое состояние остается “моим” навязчивьм состоянием.

[145] Один из центральных тезисов не только Шнайдера, но и всей классической психопатологии. В частности, считается, что переживания нестественности никоим образом невозможно воспроизвести в себе. Вероятно, такое свойство, как “странность”, которое так подчеркивается в американской психиатрии и тем самым в DSM IV, в этом отношении подразумевает то же самое. Но тогда вопрос считает ли врач что-то “поддающимся сопереживанию” или же “странным”, становится диагностическим критерием, что может легко привести к ошибочному диагнозу с далеко идущими последствиями. Классический тезис о “невозможности сопереживания” остался неопровергнутым.

Нарушения связи с понятием “мое” называются еще *переживаниями отчужденности,* однако под этим часто подразумевают (что приводит к путанице) лишь характер завуалирования, отдаления, нереальности. То есть следует различать: 1) *связь с понятием “мое” — странность; 2) реальность — нереальность,* что, конечно, представляет собой нечто иное, нежели “сила—слабость” или “ясность — неясность”. Только *первая* форма относится к переживанию своего *Я*. Какая-либо отчужденность от воспринимаемого мира может существовать только в значении *второй* формы, ибо восприятия как раз не связаны с понятием “мое”. Эмоциональной отчужденности в смысле связи с понятием “мое” не бывает, поскольку эмоции либо связаны с этим понятием, либо это не эмоции. И в смысле реальности их не бывает, потому что критерий “реальность — нереальность” неприменим вне восприятии. Жалобы, которые обычно характеризуются как жалобы на отчуждение чувства, говорят о том, что чувства притупились или померкли. То есть это не является расстройством *Я*.

Диагностически нейтральны расстройства *переживания времени***,** например, изменения темпа течения времени.

Расстройства *памяти* тоже не относятся ни к сути шизофрении, ни к сути циклотимии. Однако в обоих случаях часто имеют место мнимые расстройства памяти. Способность к запоминанию у больных шизофренией и циклотимией, разумеется, часто кажется нарушенной, потому что эти глубоко погруженные в собственные переживания больные не испытывают интереса к происходящему в окружающем их мире, не замечают и не запоминают его. Также и аномалии воспоминании ни у больных шизофренией, ни у больных циклотимией не являются, как правило, настоящими расстройствами

памяти, даже если случаются действительные провалы в памяти. В частности, мы отличаем количественные (по степени интенсивности) аномалии от качественных. К количественным относятся редкие гипермнезии, повышение способности к воспоминанию, и гипомнезии, провалы в памяти, которые могут возрастать до амнезии. Среди качественных аномалий воспоминаний встречаются алломнезии — ложные воспоминания, когда человек вспоминает о чем-то по-другому. При псевдомнезиях явные фантазии приобретают характер воспоминаний. Такие качественные расстройства воспоминаний, встречающиеся у больных шизофренией и циклотимией, являются, однако, не настоящими расстройствами памяти, а бредовой переработкой воспоминаний и свободными бредовыми фантазиями. Как мы уже видели выше, неузнавание людей и дезориентация у больных шизофренией тоже представляют собой не расстройства памяти, а бредовую фальсификацию окружения. Часто встречающиеся после шоковой терапии нарушения запоминания и воспоминания имеют экзогенную причину и не относятся к основному заболеванию.

Говоря о понятии *способности* к психической *реакции,* мы имеем в виду *нерациональное* овладение ситуацией. Мы подразумеваем здесь скорее *эмоциональный* резонанс на то или иное событие и вытекающие из него психические состояния и поступки. Именно это мы понимаем в данном случае под реакцией, а не, скажем, реакцию тела на какой-либо физический ущерб, который затем выражается и в психических расстройствах, и не тот общепринятый оборот речи, когда говорят, например, что “как реакция” на веселый день наступает затем невеселый, что не обязательно бывает оправданным (контрастная реакция).

Необычные по степени, продолжительности, форме, поведению эмоциональные реакции на события назы-

вают аномальными реакциями на события. Психозы *не являются* такими аномальными реакциями на события. Вместе с ними возникает нечто, чье *существование* в отличие от тематической, содержательной *формы существования нельзя* понять на основе опыта и переживаний. Однако часто бывает трудно решить, имеет ли место реакция на событие или нет. Особенно это относится к расстройствам настроения. Иногда мнимые мотивации имеют место при психотических расстройствах настроения, а с другой стороны, не все непсихоти-ческие расстройства настроения и озабоченные мысли являются реактивными. Часто они *свободно* поднимаются из подпочвы в сознание и тогда при известных условиях могут быть на поверхностный взгляд трудно отличимы прежде всего от циклотимных расстройств настроения, которые тоже бывают немотивированными.

Не только мягкие, но и продуктивные психотики всех типов, за исключением лишь, может быть, тяжелых врожденных или приобретенных состояний регресса личности и тяжелой деменции при хронических мозговых заболеваниях, могут на протяжении длительных периодов реагировать совершенно незаметно. Повседневное реагирование больных шизофренией часто тем нормальнее, чем меньше разговор или ситуация задевают психотическое содержание (“комплексы”[146]). Больные шизофренией часто совершенно не-

---

[146] Кавычки здесь указывают на то, что, говоря о “комплексах”. ШНАЙДЕР намекает на ранние работы К.Д.Юнга. Во время ассоциативных опытов (экспериментов), при которых испытуемые должны были реагировать на какое-либо раздражающее слово, Юнг установил, что больные шизофренией не только живо реагировали на определённые слова, но и проявляли при этом шизофренические симптомы или их усиление. Это привело его, с одной стороны, к теории шизофрении (в ней имеется глава “Влияние эмоционально подчеркнутых комплексов на валентность ассоциации”), и, с другой стороны, к теории комплексов.

предсказуемы. Один, настроенный отрицательно-напряженно, может при известных условиях внять разумному доводу и действовать в соответствии с ним; другой, с давних пор разрушенный и "отупевший", может одновременно и рационально, и эмоционально справиться с какой-то ситуацией. Такое временно разумное реагирование больных шизофренией можно было наблюдать во время воздушных налетов, а иногда оно на короткое время имеет место перед смертью больных шизофренией. У заторможенных или оживленных циклотимиков перерыв в состоянии значительно меньше, если вообще возможен. Иногда им удается притвориться или взять себя в руки, но не "отбросить" свой психоз, "как поломанную игрушку" (РИЛЬКЕ). На языке эмпирического дуализма это свидетельствует о том, что нельзя слишком упрощенно представлять себе прежде всего шизофренические проявления как непосредственные следствия заболевания. Такие факты имеют большое значение для возможностей психического воздействия и теории шизофрении, да и вообще психозов. KRANZ показал, что циклотимиков время и окружающий мир затрагивают явно меньше, чем шизофреников, так что первые, как ни парадоксально, более "аутистичны", чем вторые. Это относится и к реактивной пластичности. Гораздо меньшая по сравнению с шизофренией ситуативная подверженность чужому влиянию при циклотимии должна заставить задуматься тех, кто склонен допускать переход циклотимных состояний в нечто реактивное и глубинное.

Нет сомнения, что иногда циклотимные, реже — шизофренические психозы приводятся в действие, инициируются какими-либо событиями. Во всяком случае, иногда совпадение по времени столь убедительно, что невозможно считать это "случайным". Мы полагаем, что в таких случаях важно не содержание события, а *воздействие аффективной стороны на физическую.*

Другими словами: послужившее причиной событие действует не как событие, а как *витальная сила*[147], *витальный толчок*. Не имеет, следовательно, значения, было ли это разочарование в любви, экономическая катастрофа или утрата родственника. Важно только влияние аффекта, а оно слепо в смысловом отношении. В этом отличие психически возникающих, эндогенных психозов от реакций на события, при которых важен как раз смысл. Таким образом, человек может "сойти с ума" не "из-за" какого-то события, а иногда, вероятно, "посредством" какого-то события. В своей теории мы имеем в виду инициирование эндогенных, прежде всего циклотимных, психозов *острыми* душевными потрясениями. К инициированию длительно тянущимися конфликтами и ситуациями она, вероятно, не применима. Впрочем, еще не известно, существует ли таковое. Во всяком случае, явных доказательств этому нет. Если содержание, темы циклотимных или шизофренических психозов всегда включают судьбы, конфликты, опыт, пережитые события в самом широком смысле, то это не

---

[147] Здесь становится явным, что Шнайдер использует два разных значения слова "витальный", поскольку в данном месте он ссылается на Г.Э.Шталя (Georg Ernst Stahl, 1660-1734), к которому восходят это понятие и это представление. Хотя Шталь и не занимался лечением психически больных, но его медицинское мышление оказало большое влияние, в какой-то степени заметное и сегодня. "Vis vitalis" ("жизненная сила") у Шталя является принципом, который стоит над механическими процессами в теле, не будучи сам ни механическим, ни химическим. В качестве жизненного принципа он стоит за упорядочение взаимодействующими движениями и заботится о поддержании тела и защите его от вредных воздействий. Жизненная сила способствует процессам роста и формирования, а при болезнях стремится к исцелению через воздействие на движение в организме. В симптомах болезни Шталь видит не только патологию, но и выражение стремления "души" (anima) к выздоровлению, так как она пытается через симптомы бороться с причиной заболевания. Шталь не отрицает механико-химических процессов в организме, однако, согласно его учению, их недостаточно для истолкования органических процессов. "Anima rationalise" (другое обозначение жизненной силы) может иногда ошибаться, так как она подвержена эмоциям, а следовательно, заблуждениям и в своем стремлении к исцелению может заходить слишком далеко. Эмоциям (испугу, гневу) в особой степени присуща способность воздействовать на "душу" и вызывать болезнь.

должно подстрекать нас к скоропалительному предположению психогенетических связей.

Среди явлений, охватывающих переживание, совершенно не имеют диагностического значения расстройства *внимания*[148].

Незначительную роль для *нашей* проблемы играют также расстройства *сознания,* для которого в данном случае обозначение *"сенсорий"*[149] является менее многозначным и поэтому пригодным еще и сегодня. Очевидно, нельзя с уверенностью ставить диагноз "шизофрения" даже без явного соматического основного заболевания, пока шизофренические картины состояния носят хоть самый слабый признак помрачения сознания, хотя в конечном итоге это может оказаться и шизофренией. Более или менее шизофреническими могут выглядеть не только лихорадочные соматогенные психозы, но и острые психозы на почве травмы головного мозга, эпилептические и некоторые другие.

Расстройства *интеллекта* не относятся ни к сущности шизофрении, ни к сущности циклотимии. Даже у больных шизофренией с изменением или полным распадом психической личности не разрушен интеллект, они не становятся слабоумными. Это, однако, скорее

---

[148] В американской психиатрии, напротив, нарушения внимания, прежде всего в виде дефектов или дефицита внимания, играют значительную роль, в том числе в "расстройстве внимания/гиперактивности" DSM IV.

[149] Согласно давнему представлению, сенсорий — это "орган чувств" или гипотетическая "чувствительная точка в головном мозге, в которой оканчиваются нервные волокна всех органов чувств" (Oertel), обеспечивая таким образом переход к физическим реакциям при непомраченном восприятии. В немецкой психиатрии часто употребляется в значении "сознание при открытых чувственных воротах". Когда больной уверенно и ясно осознает то, что происходит вокруг, его сенсорий характеризуется как "свободный" или "исправный"; если же восприятие затруднено или замедлено, то говорят о "помраченном сенсории" (помрачении сознания).

принципиальный постулат, чем знания, основанные на опыте. Конечно, бывают шизофреники, находящиеся в "конечном состоянии", которые то и дело удивляют своим интеллектом. Но есть и много таких — например, с гебефреническим дефектом, — которые становятся попросту слабоумными. Предположить, что они лишь перестали пользоваться своим интеллектом и он больше не находится в их распоряжении, было бы, вероятно, каким-то petitio principii. Этот вопрос неразрешим. Уровень интеллекта придает психозам различную окраску. *Слабоумие пропитывает все пласты психики.* Дебильный шизофреник имеет другое содержание и ведет совсем иначе, чем умный и дифференцированный.

Понять психоз, исходя из первоначальной *психической постижимости,* невозможно. И шизофрения, и циклотимия описанной нами симптоматикой нарушают нормальное или аномальное (психопатическое) развитие личности[150]. Но психоз имеет дело с материалом личности. Он в значительной степени формируется ее особенностями и кроме того получает свое содержание из стремлений и ценностей, надежд и страхов личности, из ее судьбы и переживаний. На основе личности становится понятным не то, что *имеют места* галлюцинации и бред, а *какие именно* галлюцинации и *какой* бред,

Оценка *выражения*[151] имеет особенно большое значение для шизофрении. *Любое содержание* (обман чувств, бред) *можно скрыть или отрицать, но шизофреническое выражение утаить нельзя*. Многие боль-

---

[150] Между тем в Германии, во всяком случае, пользуются достаточно широким признанием (хотя и не для шизофрении, но для циклотимии в шнайдеровском значении) особая структура личности как "typus melancholicus" и (подразумевая в другом смысле) "typus manicus".

[151] Имеется в виду то. что сегодня предпочитают называть языком тела.

ные шизофренией, однако, не имеют какого-либо бросающегося в глаза выражения.

Предпосылкой для любого диагноза является то, что человек вообще как-то себя выражает. Если он неподвижен и молчит, последовательное проведение диагностики невозможно. Конечно, мимика почти никогда не отсутствует полностью, однако для постановки диагноза этого редко бывает достаточно. Ступор и торможение для диагностики совершенно не являются характерными признаками. но и возбуждение — очень компактное обозначение — многозначно. Есть разные виды возбуждения — например, на почве первичного моторного импульса или внутреннего беспокойства, как депрессивного. так и радостного характера. Только в рамках обшей клинической ситуации можно использовать для диагностики легкую чудаковатость, в том числе в речевом выражении, некоторую одеревенелость и неестественность движений, легкое гримасничанье. Напряженными могут быть и психотики, и непсихотики. "Негативизм" вообще ни о чем не говорит. Тем более в ситуации обследования, в которой многие люди смущаются и поэтому ведут себя неестественно и напряженно, все это следует воспринимать с осторожностью. Кроме того, оценка подобных незначительных особенностей полностью зависит от субъективности критика.

III.

Теперь мы особо поговорим о *"симптомах"*. Что такое "симптом"? В медицинском понимании это признак заболевания, уловимое указание на болезнь. Эмпирическим путем при той или иной болезни обнаруживают те или иные признаки. Или наоборот: по признакам можно эмпирически судить об определенной болезни. Это относится к отдельным областям психи-

атрии, к соматически обусловленным психозам. По наличию деменции судят о каком-либо процессе головного мозга. Она является его “симптомом”. Из наличия делирия делают вывод об остром (или эпизодически возникающем в рамках органического заболевания) “мозговом кризисе” — прямом или косвенном. Это — “симптоматический” психоз, как говорят по привычке, но по сути очень необдуманно. Хронический паралитический психоз, конечно, тоже является “симптоматическим”, как и “эндогенные психозы”, по предположению большинства психиатров. Что же такое “симптом” при этих эндогенных, то есть не обусловленных соматическими причинами психозах? В развитие медицинского подхода это можно охарактеризовать так: появление, например, бреда является именно симптомом хотя и неизвестной, но поддающейся постулированию болезни. Однако было бы осмотрительнее понимать здесь под “симптомом” более или менее характерное, снова и снова обнаруживаемое свойство некоей чисто психопатологической структуры “состояние — течение”. Конечно, *в таком случае теряется медицинский смысл слова “симптом”. Психопатологическое образование “состояние — течение” — это не болезнь, которая может создавать си-мптомы. Отнятие мыслей, например, является по сути не симптомом чисто психопатологически сформировавшейся шизофрении, а часто встречающимся и потому выделяющимся признаком.* К тому же здесь действует не тот принцип, когда вывод об определенной болезни делают на основании определенного наблюдения, как судят о прогрессивном параличе по неподвижности зрачков и нарушению артикуляции речи. Методика здесь совсем иная: если при психозе, не обусловленном соматическими причинами, я обнаруживаю отнятие мыслей, я *называю* это, в определенной степени по соглашению, шизофренией. *Этого* значения слова “симптом” можно придерживаться.

Значит, мы переходим в область эндогенных, то есть соматически не обусловленных психозов, формирующихся только психопатологически. Тем самым "признак", в применении к структуре "состояние — течение", все-таки является еще клиническим понятием. Когда же HOFER и TELLENBACH (соответственно, различными способами) противопоставляют "симптом" "феномену"[152], под этим не подразумевается уже ничего клинического.

По возможности характеристика какого-либо симптома как шизофренического должна согласовываться не только со мною самим, но и коллективно с другими. Принудить к этому я никого не могу. Напомню еще раз вышесказанное: я не могу говорить, что это *является* шизофренией, а только — что я *называю* это шизофренией или что это обычно сегодня называют шизофренией. В принципе это относится, конечно, и к циклотимным симптомам или каким-то другим симптоматологическим образованиям в рамках эндогенных психозов, да и ко всем моментам, когда психиатрия диагностически явно переходит в психопатологию. Строго говоря, диагностическое "является" существует лишь в ее соматологической части.

После того как мы уяснили, что означает "симптом" в медицине и что — в рамках не обусловленных соматическими причинами психозов, можно говорить и о симптомах этих психозов, то есть чисто психологических симптомах. *Клиническая* психопатология не мо-

[152] В своей работе "Феноменологическое направление в психиатрии" (1926) Шнайдер сам еще использует слово "феномен" в значении психического признака. "Симптомы", по его мнению, — это физические, химические, биологические признаки болезни, а (патологические) "феномены" — признаки психического заболевания или расстройства. Впрочем, в названной работе Шнайдер не противопоставляет так резко "симптом" и "феномен", как он это делает здесь, отвергая эту мысль.

жет отказаться от “симптомов” и внутри несоматогенных психозов, пусть даже лишь в описанном выше значении, которое категорически *выходит за рамки медицинского значения.* В области образований “состояние — течение”, рассматриваемых в чисто психологическом плане, мы говорим и о диагнозе, хотя и это обозначение, строго говоря, уместно только в медицине.

Симптомами, которые мы выделили как диагностически важные, были, во-первых, *аномальные переживания,* а во-вторых, *аномаяьное выражение.* Теперь необходимо попытаться *расположить в иерархическом порядке симптомы как основу для постановки диагноза.* В самом общем смысле можно сказать, что *для диагноза безоговорочно осмысленные способы переживания* имеют *преимущество перед аномалиями выражения,* которые у наблюдателя превращаются во впечатление со всеми субъективными источниками ошибок. Так, очень сомнительными симптомами являются натянутость, жеманство, манерность, чудачество, замкнутость, пусть даже и столь ярко выраженные, что кажутся не подверженными субъективности впечатления. Во всяком случае, строить диагноз исключительно на таких впечатлениях можно *лишь в самых редких случаях* и никогда — на основании истории болезни, характеристик, составленных другими наблюдателями[153]. Указанная выше сомнительность обозначения “симптом” относится и к выражению.

Даже то, что больные сами рассказывают о своих переживаниях, требует самого тщательного анализа и

[153] Согласно нацистскому закону о здоровой наследственности (1934) шизофреники подлежали стерилизации, так как по мнению ведущих нацистских психиатров шизофрения являлась наследственной болезнью. В судебных процессах “по здоровой наследственности” решался вопрос о принадлежности того или иного человека к данной группе. Важной предпосылкой для этого служили заключения психиатрической экспертизы.

не вызывающего сомнений определения. Использовать можно только достоверные данные. Всегда возникает вопрос, действительно ли соответствует рассказанное и, по нашему мнению, постигнутое нами, тому, что переживается на самом деле. То, что было пережито, становится доступным только через *описание,* рассказ. Здесь следует сделать некоторые *оговорки.* Те описания переживаний больных шизофренией, которые мы приводим в сокращенном или дословном виде, можно из-за их трезвого и объективного характера оценивать, пожалуй, как в известной степени адекватные действительно пережитому. При бредовых восприятиях это, разумеется, уже сомнительнее, так как неясно, можно ли их адекватно изложить. Наверняка это было бы невозможно при описаниях "великих" шизофренических переживаний, примеры которых нам не было необходимости приводить[154]. Самохарактеристики экстазов, пророческих видений — например, конца света, с трудом поддаются адекватному воспроизведению. Ведь рассказываемое должно поневоле приспосабливаться к структуре повседневной речи, ее логике и ее потребности во взаимосвязях и приводиться в соответствие с этими правилами. То есть рассказчик *транспонирует* противоречивое, зыбкое в упорядоченное и удобопонятное. Нечто похожее происходит при пересказе снов, а также при описании делирантных и сумеречных состояний. Следовательно, такие самохарактеристики нельзя воспринимать слишком буквально, с позиций нормальной психологии. Впрочем, для диагноза не имеет большого значения это транспонирование, которое в принципе следует учитывать при всех шизофренических самохарактеристиках. Циклотимные самоха-

[154] Дефиниция понятий "парафрения" и "паранойя" длинна и многообразна, но здесь не рассматривается, поскольку Шнайдер упоминает их лишь попутно, в качестве примеров.

рактеристики можно с гораздо большим основанием воспринимать более буквально. Структура мышления и содержание, во всяком случае у циклотимно-депрессивных больных, несравнимо ближе к непсихотической жизни. Это относится и к тем случаям, когда в клиническом смысле здесь отрицаются переходы. Поэтому при клинически ясных случаях вряд ли можно принимать в расчет присущее шизофреническим самохарактеристикам транспонирование. О транспонировании мы говорим строго в приведенном выше смысле, не имея в виду обыденного, не затрагивающего структуры преобразования любого пережитого события в рассказ. Самохарактеристики переживаний всегда уходят корнями в личность, в биографические, а не только в психотические повороты событий и ситуаций. Значит, отдельно, выборочно их можно использовать разве что в дидактических целях, как в данном случае.

Наконец, необходимо ясно представлять себе, что даже в тех случаях, когда мы не узнаем ничего определенного или вообще ничего, все же что-то может присутствовать. Умышленное возведение барьера, утаивание болезни, да и речевая неуклюжесть часто являются непреодолимыми препятствиями в наших попытках проникнуть в аномальные переживания. Но если больной охотно и наглядно рассказывает о пережитом, правдоподобно раскрывает его перед нами, то к этому надо подходить *избирательно.* Кое-что из рассказанного им представляет большую диагностическую ценность, а многое — незначительную.

Среди многочисленных аномальных способов переживания, возникающих при *шизофрении,* есть несколько, которые мы называем *симптомами 1-го ранга* — не потому, что считаем их “основными расстройствами”, а потому, что для *диагноза* они имеют совершенно особое значение, как в отношении непсихотических психических аномалий, так и в отношении циклотимии. То

есть эта оценка касается только *диагноза,* для *теории* шизофрении она не имеет значения, подобного тому, которое подразумевают “основные”' и “добавочные”[155] симптомы BLEULER'а или “первичные”[156] и “вторичные”[157] симптомы того же BLEULER'В и других авторов[158]. В ходе нашего исследования мы выделили все симптомы 1-го ранга и проиллюстрировали их примерами. Вот они в последовательности, соответствующей нашему исследованию:

✓ *звучание мыслей,*

✓ *слышание голосов в форме диалога,*

---

[155] “Основными симптомами”, согласно Bleuler'y (1911), являются характерные симптомы шизофрении, которые в этой форме не встречаются при других болезнях. К ним относятся нарушения ассоциаций, аффективности (отказ от проявления чувств), амбивалентность, аутизм, нарушения внимания, воли и личности, шизофреническая “деменция”, изменения в поступках и поведении. Хотя “добавочные симптомы” Bleuler тоже считает симптомами шизофрении, они могут встречаться и при других болезнях. К ним относятся: обманы чувств, ^бредовые идеи (бред преследования, отравления, величия); добавочные расстройства памяти; изменения индивидуальности, речи и почерка; измененная манера поведения (стереотипия, эхопраксия, явления автоматизма).

[156] “Первичные” симптомы, по Bleulcr'y (1911), — это такие симптомы шизофрении, которые представляют собой прямое следствие предположенных им гипотетических соматических процессов. К ним относятся: часть ассоциативных нарушений, рыхлость ассоциаций (когда они легко направляются по новому пути), состояния оцепенелости, склонность к галлюцинациям, зрачковые дифференции, тремор, часть аномалий вазомоторики, отеки, кататонические припадки. Тем самым формирование этой группы симптомов соответствует теоретическим рассуждениям и не имеет целью служить руководством по диагностике.

[157] “Вторичными”, согласно Bleuler'y (1911), являются симптомы, которые связаны с гипотетическим соматическим процессом шизофрении не прямо, а лишь косвенно. К ним Bleuler относит мышление фрагментарными понятиями, мышление с неправильными результатами, смещение, символизирование, усиление разорванности мышления; аффективные нарушения; расстройства памяти и ориентации; автоматизм; бессмысленность; бредовые идеи; аутизм; непредсказуемость; “двуликость”; негативизм и, наконец, симптомы, к которым, по мнению Bleuler'a, следует предполагать дополнительную предрасположенность, а именно галлюцинации, стереотипии и каталепсию.

[158] Вероятно, имеются в виду E.Stransky, J.Berze и нацистский психиатр Carl Sneider, которые, со своей стороны, пытались разработать такие первичные симптомы шизофрении, из которых можно было бы вывести все остальные признаки.

- *слышание голосов, сопровождающих замечаниями собственные действия,*
- *переживания телесного воздействия,*
- *отнятие мыслей и другие виды воздейтвия на мысли,*
- *распространение мыслей,*
- *бредовое восприятие,*
- *а также всякие действия и влияние других в области эмоций, стремлений* (влечений) и *желаний.*

В тех случаях, когда подобные способы переживания несомненно имеют место, а основные соматические заболевания обнаружить не удается, с клинической точки зрения мы со всей осторожностью говорим о шизофрении. Ибо следует знать, что все они, вероятно, иногда могут возникать и при психотических состояниях на почве уловимого основного заболевания: при алкогольных психозах, в эпилептических сумеречных состояниях, при анемических и других симптоматических психозах, при самых различных мозговых процессах. Наверное, можно было бы назвать и другие шизофренические симптомы 1-го ранга, однако мы ограничиваемся теми, которые теоретически и при обследовании можно распознать без большого труда.

Мы далеки от того, чтобы предполагать наличие общей структуры для этих симптомов 1-го ранга. *Некоторые* из них, разумеется, можно рассматривать в совокупности с точки зрения “проницаемости барьера между *Я* и окружающим миром”, потери контуров своего *Я*. Именно то, что является расстройством *Я*: телесное воздействие, отнятие мыслей, воздействие на мысли, распространение мыслей и все “искусственное” в области чувств, влечении и желаний. К этой формуле, однако, не могут быть отнесены упомянутые “неискусственные” обманы чувств (отнюдь не *все* обманы чувств являются симптомами 1-го ранга) и бредовое восприятие.

Гораздо меньшее значение для *диагноза* шизофрении имеют все прочие возникающие при ней способы переживаний, которые мы называем *симптомами 2-го ранга.* К ним относятся:

- ✓ остальные обманы чувств,
- ✓ бредоподобные фантазии,
- ✓ растерянность,
- ✓ депрессивные и веселые расстройства настроения[159], пережитое обеднение эмоций и некоторые другие.

Если мы имеем дело только с этими симптомами 2-го ранга, то тогда при постановке диагноза все определяется общим клиническим контекстом.

Для диагноза шизофрении *необязательно* наличие симптомов 1-го ранга; по крайней мере, они не всегда *очевидны.* Часто мы вынуждены ставить диагноз на основе симптомов 2-го ранга, иногда даже, в виде исключения — лишь на основе симптомов выражения, если они соответственно часты и отчетливы. Мы также не проводим лишь на основании симптомов 1-го ранга четкой границы между шизофренией и психопатическими состояниями[160] — это позволяют сделать также симптомы 2-го ранга и симптомы выражения в их совокупности и сочетании.

При взаимной дифференциальной типологии между шизофренией и циклотимией симптомы 1-го ранга имеют такое решающее значение, как никакие другие. Неоспоримый приоритет они имеют в вопросе установления связи. На имеющихся и здесь и там симптомах 2-

[159] Поскольку выше Шнайдер писал: “При маниакальном настроении наибольшее значение мы придаем веселости”, то ясно, что под “веселыми расстройствами настроения” подразумеваются маниакальные или маниоформные проявления у шизофреников.

[160] “Психопатические состояния” называются в DSM III/IV расстройствами личности”.

го ранга основываются встречающиеся иногда непредвзятому клиническому взгляду переходы между обеими формами.

В области *циклотимии* нам не известен сейчас *ни один симптом,* который мы могли бы назвать симптомом 1-го ранга. Мы не знаем ни одного симптома, наличие которого давало бы возможность сказать: это циклотимия. Таким признаком можно еще считагь разве что *витальный характер расстройства настроения.* Вряд ли можно требовать, чтобы *само* настроение было физически локализовано, так как это была бы слишком узкая почва, но в общем упадке или приподнятости физических чувств можно было бы усматривать симптом 1-го ранга. То, что этот симптом присутствует отнюдь не всегда, не являлось бы помехой, так как и диагностику шизофрении мы ведь проводим независимо от наличия симптомов 1-го ранга. Весомым контраргументом, однако, является то, что неприятные физические чувства очень часто бывают и вторичными, например, как следствие реактивной тоски связанными с ней в переживании столь неразрывно, что само горе одновременно переживается как физическое чувство. Тем самым сравнение с шизофреническими симптомами 1-го ранга неудачно, поскольку они как раз не бывают вторичными: там, где они однозначно присутствуют, их психологически невозможно объяснить ничем первичным. Тогда уж эти первичные и вторичные витальные расстройства должны были бы иметь различное качество, что, однако, не поддается никакому выявлению и, вероятно, вообще невозможно. Также и то, что при циклотимии нельзя по-настоящему уловить приподнятость физических чувств, не позволяет рассматривать их поведение как центральный симптом циклотимии. Даже тогда, когда мы видим сущность мании в веселости, а не во встречающейся повсюду

возбужденности, настаивать на наличии витальной мании можно в лучшем случае теоретически.

Как только мы откажемся от витальной *тоски* и просто станем воспринимать физические неприятные чувства вообще как циклотимный симптом, исчезнет всякая опора для диагностики. При этом, безусловно, иногда в рамках циклотимии бывает чисто витальная подавленность без собственно витальной или душевной тоски, depressio sine depressione (депрессия без депрессии). Но принципиальная диагностика не может основываться на витальных неприятных чувствах вообще, так как они встречаются везде, в том числе при подпочвенной депрессии[161], и их особое качество при циклотимии недоказуемо. *Соматические циклотимные* депрессии, включая собственно витальные, тоже чаще всего имеют психический ореол: люди ощущают подавленное настроение. С depressio sine depressione следует обращаться осторожно. Все еще слишком мало соматических[162] циклотимных депрессий признаются в качестве таковых. Но бывает и так, что они предполагаются слишком часто, что, возможно, связано с удобством соматического лечения.

Разумеется, нельзя упускать из виду то, что депрессия витальных чувств, почти физическая, часто ясно локализованная тоска, которой в большинстве случаев сопутствуют и другие физические неприятные чувства, является очень важным типом циклотимной депрессии. Существует достаточно случаев, симптоматика которых полностью исчерпывается такими жалобами. Ви-

---

[161] Подробное объяснение “подпочвенной депрессии” Шнайдер дает в другом месте. Речь идет о депрессивном расстройстве настроения, основанном на не поддающейся более близкому эмпирическому изучению психической подпочве, состоящей из произвольно возникающих настроений, страхов, навязчивостей. переживаний отчужденности и т.д. Этот диагностический термин не раз упоминался учениками Шнайдера, но всеобщего признания не получил.

[162] То есть “витальных”.

тальная депрессия — это часто встречающаяся и довольно однообразная форма циклотимной депрессии, и кроме того, при ней расстройство физических чувств всегда очевидно. Но есть много и таких случаев, когда ничего подобного обнаружить нельзя и ради теории это приходится конструировать. Конечно, какую-то часть богатой симптоматики некоторых циклотимных депрессий можно непосредственно толковать как реакцию на витальную подавленность: человек упрекает себя в лени и неспособности что-либо делать, преувеличенно беспокоится о своем здоровье, не может больше работать и зарабатывать, и все это — наказание за ошибки и грехи. Однако совершенно невозможно истолковывать эти часто абсолютно несправедливые самоупреки, ипохондрический нигилизм, гротескные страхи перед обнищанием или — в маниакальной фазе — необузданные идеи величия как реакцию на витальное эмоциональное состояние, то есть как реакцию на события в качестве эндогенного фундамента. Ведь при мании это состояние тоже совершенно *неуловимо.*

Кроме того, подавленное эмоциональное состояние циклотимиков часто представляет собой исключительно *душевную* депрессию[163], то есть не реактивно, а психологически произвольно возникающую до неизвестного болезненного процесса. *Не следует предполагать,* что при этом речь идет просто о непатологических в нашем понимании *подпочвенных депрессиях,* то есть о колебаниях той подпочвы, из которой точно так же беспричинно, следовательно, *тоже эндогенно,* могут возникать нормальные или психопатически усиленные, более или менее явные психические расстройства настроения. Против этого в меньшей мере говорят степень и продолжительность, так как и то и другое и при

[163] Термин “душевная депрессия” здесь употреблен как противоположность “физической”, то есть “витальной” депрессии.

циклотимии может быть незначительным, иногда, может быть, даже незначительнее, чем при некоторых подпочвенных депрессиях (впрочем, подпочвенную депрессию, длящуюся, возможно, всего несколько часов, вряд ли можно принять за циклотимную фазу). Более или менее регулярные дневные колебания встречаются при обоих видах. Важным является то обстоятельство, что при циклотимии в большинстве случаев явно не ограничивается такими произвольно возникающими депрессивными эмоциями и фантазиями, а присутствует и другая симптоматика: например, грубые нарушения витальных чувств, торможение, ажитация, выраженные бредоподобные фантазии и другие признаки распада, вследствие которых определенным образом нарушается цельность жизненного развития, чего при подпочвенной депрессии (в том числе психопатической степени) не происходит — при ней эти признаки редко достигают "клинического масштаба". В этом случае мы вынуждены были бы предположить, что здесь какой-то патологический процесс *в числе прочего* оказывает осо-бенно интенсивное и продолжительное влияние и на неизвестные психотические предпосылки подпочвы. *Более вероятно,* что эти произвольно возникающие душевные эмоции представляют собой *качественно* нечто иное, чем произвольно возникающие душевные расстройства настроения нормальной и психопатической жизни. В пользу этого говорит тот факт, что произвольно возникающее душевное расстройство настроения циклотимика не "сливается" с его реактивными настроениями, как это имет место при немотивированных, опирающихся на глубинную подпочву настроениях непсихотиков. Поэтому *в отличие от них* оно *не подвержено и реактивному влиянию* или, во всяком случае, лишь ненадолго. Когда больной циклотимной депрессией переживает нечто печальное, это является для него чем-то иным, нежели его основное

циклотимное настроение, чем-то, что в определенной степени существует наряду с ним. Если он в состоянии воспринимать что-то радостное, то это отнюдь не убавляет его печали и не сокращает ее фазу, как, с другой стороны, печальная новость не ухудшает состояние выздоравливающего. Эти факты было бы легче понять, если бы каждая циклотимная депрессия была витальной, что, однако, не соответствует действительности. Но эти факты говорят в пользу особого качества произвольно возникающих эмоций циклотимиков, так как подпочвенные настроения и расстройства настроения нециклотимиков не сопровождаются реактивными. Они тесно связаны с ними и вряд ли когда-либо бывают сильнее реактивных влияний. В большинстве случаев подпочвенные депрессии устранимы с помощью радостной новости, работы, ободрения и отвлечения.

Если мы хотим уяснить себе влияние реактивного начала, то есть пережитых событий, на подпочвенные депрессии, с одной стороны, и на циклотимные депрессии — с другой, то лучше рассматривать проблему реактивного выхода из этих депрессий, чем проблему впадения в них, потому что впадение при *обеих* формах, как правило, эндогенно. Реактивный выход при подпочвенных депрессиях — это нечто вполне закономерное, но при циклотимных — явно *невозможное.* Насколько ничтожна реактивная подверженность циклотимиков влиянию, очень отчетливо видно также в необычных жизненных ситуациях. При воздушных тревогах в бомбоубежищах даже возбужденные шизофреники вели себя в большинстве случаев на удивление разумно и в соответствии с ситуацией. Зато сильно заторможенные или ажитированные циклотимики совсем не менялись, как и, например, эпилептики в сумеречном состоянии. Это тоже свидетельствует о том, как далеко от всякой реакции на события разыгрывается циклотимный процесс. В отличии от реактивных и

подпочвенных депрессий, при циклотимной депрессии больному также почти никогда не удается облегчить свою тяжесть с домощью токсических средств, поэтому среди них столь редко встречается злоупотребление алкоголем (PAULEIKHOFF).

Проблема реактивного *впадения* в депрессию совершенно иная: а именно проблема *инициирования.* Конечно, очень часто реактивное инициирование циклотимной фазы предполагается ошибочно, но его существование не подлежит сомнению. В этом случае мы принуждены предположить, что связанные с сильными аффектами соматические перестройки оказывают влияние на соматическую основу циклотимии, то есть что этот процесс лишь *выглядит* как реакция, и тогда выражение “реактивная меланхолия” неуместно. Чаще всего от темы инициирующего депрессию события в этом случае тоже быстро отказываются, если таковая вообще входила в циклотимную депрессию. SCHRODER, который, впрочем, в своей терминологии отвергает разделение между тем, что мы называем подпочвенной и циклотимной депрессиями, принимает во внимание эту точку зрения, но сомневается в ее правильности. Свое сомнение в том, существует ли вообще психическое инициирование циклотимных депрессий, он подкрепляет примером мании: “Вряд ли кому-то пришло бы в голову утверждать, что мании приводятся в действие радостными событиями и радостными эмоциями”. Это, разумеется, неверно, потому что всегда мимолетная, невесомая радость не оказывает на происходящее в организме такого воздействия, которое можно было бы сравнить с действием гнетущей скорби. Среди ложных толкований реактивного инициирования следует упомянуть следующее. Часто случается, что какая-либо обоснованная тревога (например, делового или семейного характера), которая раньше хотя и поглощала человека, но не переоценивалась им, на период цикло-

тимной депрессии возводится до уровня господствующей, уже непреодолимой темы. Но если одновременно или почти одновременно с каким-либо тяжельм переживанием наступает бесспорная фаза, то такое толкование уже невозможно. А подобное встречается не так уж редко. KORNHUBER'OM были представлены соответствующие статистические данные. Впрочем, и подпочвенные депрессии часто при каждом новом расстройстве настроения имеют старую тему. В другое время об этом хотя, может быть, иногда и думают, но без мучительного беспокойства.

Подпочвенные депрессии тоже могут вызываться пережитыми событиями. Это, разумеется, видно лишь тогда, когда эффект воздействия теряет силу — например, вследствие устранения реальной ситуации благодаря счастливому повороту событий или выяснению ошибки. В других случаях обследование и принятие решения необычайно затрудняются глубочайшей неразрывной связью реактивного, фоново-реактивного и подпочвенного начал в нормальной и психопатической жизни.

В психопатологическом плане, как мы видели, различие между обоими видами депрессий — подпочвенной и циклотимной — было построено в первую очередь на разном отношении к реактивному. В отдельных случаях на это различие нельзя с уверенностью указать ни тем, ни другим путем. Легкие и начинающиеся психозы абсолютно всех видов, прежде всего на почве поддающихся определению соматических заболеваний, *“имеют дело” поначалу,* а иногда, может быть, и длительное время, *настолько исключительно с особенностями личности* и присущими ей способами переживания и реакции, *что в психологической симптоматике их невозможно уловить как нечто иное* и новое. Наряду с незначительным психопатологическим дифференцированием это является одной из причин того,

почему некоторые психиатры обнаруживают переходы между эндогенными психозами и вариациями.

Еще несколько слов о *выборе темы бреда* в циклотимной депрессии. Как известно, на переднем плане находится бред самообвинения[164], ипохондрический бред[165] и бред обнищания[166]. Это не случайно. Данные виды бреда следует толковать не как прямолинейные "симптомы" психоза, а как заложенные в человеке изначальные страхи, которые благодаря депрессии лишь *обнаруживаются,* а не конкретно продуцируются. Страх за душу, за тело и за насущные нужды жизни относятся к *этим* человеческим страхам. В подпочвенной депрессии они тоже часто обнажаются, даже если вряд ли встречаются там совершенно неоспоримо. Насколько сильно зависит в конкретном случае наличие той или иной темы бреда от предпсихотического мира ценностей, подробно исследовал JANZARIK.

Различие в практике диагностирования шизофрении и циклотимии заключается в основном в том, придается ли решающее значение при постановке диагноза *состоянию или течению.* Тот, кто подобно нам отдает предпочтение первому, будет, особенно в случае проявления психозом шизофренических симптомов 1-го ранга, настаивать на этом диагнозе и после полного излечения психоза. Тот же, кто диагностирует на основе течения психоза, назовет действительно излеченный психоз, независимо от его более детальной, возможно, шизофренической симптоматики, фазой "в рамках маниакально-депрессивного помешательства", если не

---

[164] Убежденность человека в лежащей на нем тяжелой моральной или религиозной вине, за которую он вправе ожидать соответствующего наказания.

[165] Убежденность человека в наличии у него тяжелой, иногда неопределимой и неизлечимой телесной болезни.

[166] Представление себя полностью обнищавшим, осужденным за долги или стоящим перед перспективой разорения семьи, когда близким тоже придется голодать.

предпочтет какого-либо третьего, собственного обозначения. При таких атипичных промежуточных случаях часто зависит от воли исследователя, толковать ли их как шизофрению с атипичным течением или как циклотимию с атипичной симптоматикой[167]. Впрочем, проведенные BAUMER'OM подробные обследования 120 почти полностью социально реабилитированных больных шизофренией не смогли подтвердить фактического излечения психозов, при которых обнаруживались шизофренические симптомы 1-го ранга в нашем понимании. Эти исследования ни разу не обнаружили "иницирующего объективирования" с действительным проникновением в болезнь. То, что это хотя и очень редко, но все же имеет место, не подлежит, однако, сомнению. Для прогноза симптомы 1-го ранга не являются безоговорочно применимыми (RUCKDESCHEL).

О действительных *промежуточных случаях* можно вести речь по нашему мнению, лишь тогда, когда невозможно провести дифференциальную типологию шизофрении и циклотимии, другими словами — когда

---

[167] Это короткое замечание и созданное Шнайдером понятие "промежуточные случаи" отражают его отношение ко всей дискуссии по поводу циклоидных психозов. В то время как Kleist, Leonhard и Wemicke всегда доказывали, что речь при этом идет не об атипичных, а о типичных по сути психозах, Шнайдер занимает позицию, согласно которой этой группы вообще не существует. Это мнение было поддержано его школой. Однако дискуссия отнюдь не закончена и в наши дни. С одной стороны, идея циклоидных психозов продолжает традиционно разрабатываться в школе Клейста-Леонгарда-Вернике. С другой стороны, эта дискуссия под видом "шизоаффек-тивного" психоза или расстройства тоже продолжается в международном масштабе. В американской психиатрии под этим подразумевается расстройство, при котором можно распознать симптомы как шизофрении, так и аффективных расстройств. Это, собственно, и есть шнайдеровские "промежуточные случаи". Однако нередко под тем же названием "шизоаффективные расстройства" понимают также циклоидные психозы. При этом авторы не всегда сознают, что под одним и тем же наименованием обсуждаются два разных круга проблем, из-за чего еще в классической психиатрии ни одна из позиций не могла завоевать всеобщее признание.

с одинаковым основанием можно защищать оба диагноза, причем в этих симптоматически нехарактерных случаях оценивается и *течение* болезни. Но, конечно, эти промежуточные случаи без четкой границы переходят в явно атипичные шизофрении и циклотимии. Часто зависит от принятого в клинике толкования, ведется ли речь еще об атипичных шизофрении и циклотимии или уже о промежуточном случае.

Более подробное рассмотрение промежуточных случаев и пограничных атипичных картин и течений дает следующие типы. Постановка диагноза может являться неразрешимой задачей как при текущем обследовании, так и более длительное время потому, что симптоматика и течение неявно свидетельствуют о шизофрении или циклотимии, и оба диагноза в равной степени правдоподобны. Особой формой является чередование шизофренических и циклотимических эпизодов, однако повторное наступление циклоти-мического эпизода после уже имевшего место шизофренического кажется редкостью. Хотя в дальнейшем диагноз может (до известной степени) оказаться разрешимым, однако можно не распознать одновременное присутствие инородной симптоматики. Эпизоды могут в основном быть шизофреническими, но при напоминающем циклотимное эмоциональном состоянии, которое тоже частично с маниакальной, частично с депрессивной окраской может волнообразно проходить через все течение болезни. Или же картина в основном циклотимная, а эпизоды в своем разгаре носят шизофреническую окраску. Конечно, эти трудности создаются прежде всего периодическими формами ("циркулярное помешательство"[168]), однако в любом случае существуют всевозможные пе-

[168] Это старое обозначение, которое использовал J.Falret (1851), благодаря чему он считается основателем учения о маниакально-депрессивном заболевании.

реходы к более или менее хроническим психозам. Среди циклотимных форм тип ви-тальной депрессии отстоит дальше всего от шизофрении. То, что витальной мании как будто не существует, является одной из причин того, что циклотимную манию в среднем труднее отделить от маниакальной шизофрении, чем циклотимную депрессию от депрессивной шизофрении.

Еще раз подчеркнем, что в принципе циклотимия и шизофрения различимы лишь типологически. Однако *в подавляющем большинстве* случаев можно принять *однозначное* решение в пользу того или иного типа. Это мы тоже называем диагнозом.

В отношении конституциональной психиатрии[169] КРЕЧМЕРА следует подчеркнуть следующее. Наши промежуточные случаи подразумеваются сугубо *описательно,* то есть не теоретически[170]. В основе их, следовательно, *не* лежит идея, что циклотимии и шизофрении соответствуют две конституциональные формы или сферы, которые в таких промежуточных случаях смешиваются. Мы далеки от мысли, что эндогенные психозы можно разделить на две (а то и на три) конституциональные формы. Наши чисто описательные разработки в определенной степени *предваряют* то или иное конституционально-научное объяснение и являются в отношении такового нейтральными. Хотя это

[169] Хотя учения о конституции существовали с давних времен, на протяжении нескольких десятилетий в этой дискуссии полностью доминировало учение Кречмера. В его работе “Телосложение и характер” (1921) устанавливаются связи между типом телосложения и некоторыми психозами. Речь, в частности, идет о шизофрения (лептосомное телосложение), маниакально-депрессивном заболевании (пикническое телосложение) и относящихся к телосложению свойствах личности. Третий тип отнесен к эпилепсии.

[170] “Не теоретический” употреблено здесь лишь в том же смысле, что и “атеоретический” в DSM III/IV, то есть что с диагнозом не связано никакое определенное представление о возникновении данной картины болезни. Впрочем, есть, разумеется, вполне теоретические предпосылки, на которых основываются все рассуждения Шнайдера.

объяснение может опираться на некоторые факты, оно представляет собой некоторое конструктивное *толкование,* с которым можно и не соглашаться.

Задача психопатологии — предпринимать дальнейшие попытки дифференцирования многочисленных неясных специальных терминов и приведения их к той определенности, которая в большей степени, чем до сих пор, позволяла бы не допускать двусмысленности и произвола в их употреблении. Однако *исследователь* должен не *втискивать второпях в заимствованные шаблоны* описание того, что он видит, а использовать все богатство живой речи и давать образные характеристики. Улавливание понятий симптоматики, сопоставление с как можно более однозначньми специальными терминами являются для него чем-то *вторичным.* Это должно происходить *непринужденно,* и то, что не удается выразить в этих терминах, лучше оставлять без ярлыков. *Большинство неверных диагнозов возникает именно из-за опрометчивого обозначения происходящего специальными терминами.*

ДОПОЛНЕНИЕ: ОЧЕРК ПО ПАТОПСИХОЛОГИИ ЧУВСТВ И ВЛЕЧЕНИЙ

I.

Чувства — это состояния *Я*, “непосредственно пережитые качества *Я* или соответствия *Я* определенному состоянию” (LIPPS)[171]. Однако этой характеристики для

[171] Из многих психологий чувств своего времени Шнайдер по существу делает свой выбор в пользу психологии философа Theodor Lipps'a (1851-1914) — в том виде, как она представлена в его книге “О

них недостаточно: влечения и стремления — это тоже состояния *Я*, так же как многие ощущения, во всяком случае, тогда, когда мы относим к *Я* собственное тело.

Существует *группа ощущений,* которые являются связанными *исключительно с состоянием:* ощущения боли, ощущения положения и равновесия, а также всевозможные витальные, органические и общие ощущения: бодрость, сила, тяжесть, торможение. усталость, физическое удовольствие и неудовольствие, напряжение, беспокойство, ожидание, голод, жажда, аппетит, сытость. тошнота, физическое отвращение, потребность в сне, сонливость, стесненность, облегчение, сексуальное напряжение, сладострастие, ощущение холода и жары.

Ощущения, связанные с состоянием, *частично ограничены определенными участками тела* (например, боль в кончиках пальцев, местные ощущения тяжести, зуда, температурные и сексуальные ощущения), *частично* представляют собой диффузные физические состояния, как, например, общее ощущение холода или усталости. Мы коротко остановимся на локальных и общих витальных физических ощущениях. Обе группы переходят друг в друга. Жажда и голод, например, — это частично локальные (в горле и подложечной впадине), частично общие физические состояния.

чувствовании, желании и мышлении” (1901) Лишь с XVIII в. “чувство” и “чувствование” становятся философскими и тем самым психологическими и психиатрическими понятиями. До того на протяжении столетий те же самые обстоятельства рассматривались в рамках темы “страдания души”, чему свидетельством обширная психиатрическая литература. Еще Гален написал работу “О страданиях и заблуждениях души”. Почти такое же название -“Страдания души” (1648) — предпослал Декарт своей попытке выработать тенденцию, к которой присоединились затем многие. Эта старая дискуссия в какой-то степени находит свое отражение в данной работе Шнайдера, хотя какой-либо конкретной ссылки на это у него нет.

Витальные ощущения[172] в значительной степени связаны с определенными органами. Часто они имеют определенное значение для жизненного процесса, носят “целенаправленный характер”[173], указывают на пользу или угрозу для жизненного процесса. *Они свидетельствуют о чем-то,* советуют или не советуют делать что-то. ... Голод говорит о том, что нужно поесть. Усталость — что нужно отдохнуть. Отвращение к какой-то еде говорит о том, что ее не следует употреблять. Иными словами, *многие витальные физические ощущения являются одновременно физическими влечениями,* витальными стремлениями и совершенно неотделимы от них. Это относится не ко всем витальным физическим ощущениям, во всяком .случае, не в одинаковой степени. Физическое удовольствие не имеет ничего выраженно целенаправленного и не больше инстинктивно, чем любое другое переживание. То, что характер пребывания в определенном состоянии не может отделить чувства от ощущений, мы видели вначале: многие ощущения тоже связаны с состоянием. Суть следует искать в чем-то другом: *чувства характеризуются свойством приятного или неприятного.* Для чувства это является необходимым условием. Физические *чувства* — локальные или общие — являются витальными чувствами лишь настолько, насколько перечисленные выше ощущения имеют эти положительные или отрицательные знаки, что иногда содержится в буквальном смысле (например, тошнота), а иногда — в

---

[172] Более подробно об употреблении Шнайдером слова “витальный” см. главу “Циклотимия и шизофрения”.

[173] “Целенаправленный характер”, “целенаправленность” и другие обороты со словом “целенаправленный” в значительной степени связаны с философиями Franz tano (1838-1947) и Edmund Husserl (1859-1938). Это понятие служит для обозначения сути психических феноменов в отличие от физических. Оно призвано подчеркнуть, что психические феномены характеризуются своей связью с определенным содержанием (объектом) и потому “целенаправленно” содержат его в себе.

переносном (например, усталость). Из-за фактической неотделимости таких физических ощущений от физических чувств (например, ощущения голода от чувства голода) обе формы обобщаются также как *чувственные ощущения* (STUMPF)[174]. Убедительной феноменологией слоев эмоциональной жизни мы обязаны SCHELER'у[175]. Вместо локальных чувств он говорит о чувственных чувствах.

Локальные и витальные физические ощущения и чувства вызываются иногда внешними, иногда внутренними физическими раздражителями, а иногда и представлениями или мыслями, прежде всего, например, сексуальными.

Есть люди с *общей склонностью к богатым и усиленным* физическим *ощущениям,* чаще всего связанным с определенным состоянием. Неотделимыми от этого являются эмоциональный ответ, оценка и переоценка. Обычно от неприятных ощущений такого рода страдают многие люди, в том числе и многие больные циклотимной депрессией и шизофренией. Всевозможные физические ощущения в большем объеме и с большей силой переживают некоторые люди в состоянии опьянения, паралитики и маниакальные циклотимики. Склонность к аномально *низкой* чувствительности обнаруживается у многих психотиков всех форм, но бывает также и свойством личности.

---

[174] Философ Carl Stumpf (1848-1936), на которого Шнайдер ссылается и в некоторыix других работах, опубликовал в 1928 г. книгу “Чувство и ощущение чувства”.

[175] С философом Max Scheler (1874-1928) Шнайдера связывали и личные отношения. В 1921 г. Шнайдер защитил у него докторскую диссертацию “Вклад патопсихологии в психологическую феноменологию любви и сочувствия”, которую можно рассматривать как предшественницу данной работы, вышедшей первым изданием в 1935 г. Сам Шнайдер в своей статье “Расслоение эмоциональной жизни и формирование депрессивных состояний” связывает ее с работой Scheler “Формализм в этике и этика материальных ценностей” (1913-1916).

Среди *отдельно взятых физических чувств* упомянем вначале *боли,* которые совершенно незаметно переходят в другие неприятные физические ощущения и чувства. Мы не будем принимать во внимание боли, непосредственно вызванные болезнью, и рассмотрим лишь те боли, которым как будто "ничто" не соответствует, которые кажутся психогенными. Но и при них речь, вероятно, идет лишь об эмоциональной переоценке действительных болей, хоть и легких и обычно вряд ли обращающих на себя внимание. Можно, правда, допустить и существование галлюцинаторных болевых ощущений. Нечто подобное можно было бы, вероятно, предположить у некоторых больных шизофренией. Однако то, что при таких "болях" они физически совсем не страдают, говорит о том, что здесь речь идет не об эмоциональной основе и соответствующих чувствах, а, может быть, о бредовых фантазиях. С другой стороны, есть больные шизофренией, которые несомненно переживают многочисленные неприятные физические чувства и боли. HUBER исследовал и продвинул проблему "коэнестетической" шизофрении совершенно новым способом. По его мнению, речь здесь идет не об ипохондрической установке и переоценке, а о расстройствах физических чувств, причина которых находится в подтвержденных энцефалограммой атрофиях головного мозга той или иной локализации. Очевидное *отсутствие* боли, а не только ее проявлений, часто наблюдается при нанесении себе жестоких повреждений больными шизофренией и депрессивными циклотимиками.

Помимо большинства болей, следствием болезней являются также многие другие отдельно взятые физические чувства. Можно вспомнить о жажде диабетиков, ознобе и жаре больных лихорадкой, стесненности астматиков, сонливости некоторых страдающих заболеваниями головного мозга. Сюда же относится и страх

людей с сердечными заболеваниями. Страх вообще часто бывает диффузным, а также ограниченным областью сердца или груди *физическим чувством.* Витальный страх подробно исследовал LOPEZ-IBOR. *Такое физическое чувство часто бывает также основным симптомом циклотимной депрессии.* Очень часто эти больные определяют местонахождение своей тоски в животе, во лбу, в груди, в области желудка: "Все время такое стеснение в желудке и в горле. Оно никуда не девается. Мне кажется, я вот-вот лопну, такая боль из-за этого в груди", — рассказывает больной. Почти всегда наряду с витальной тоской существуют еще многие другие витальные неприятные чувства.

От физических чувств мы отличаем *душевные чувства,* которые как таковые никоим образом не локализуются в теле или на теле, даже если они часто приводят к вторичным физическим ощущениям. Они часто, хотя и не всегда, бывают *реактивными, мотивированными:* радость из-за чего-то, ужас перед чем-то, раскаяние в чем-то. Если говорить об их связи с воспринимаемым, то они связаны не компонентами ощущений, а со *смыслом* воспринимаемого. Не зритепьное впечатление от письменного известия делает человека грустным, а его смысл, его *значение.* Впрочем, в конечном итоге каждое локальное или диффузное (витальное) физическое чувство тоже является "душевным", потому что иначе оно не было бы чувством. А поскольку далеко не все душевные чувства мотивированы, следовано, не могут быть этим в достаточной мере охарактеризованы, мы не смогли бы найти для них более определенного обозначения.

Душевные чувства, как и *все* чувства, тоже несут *положительный или отрицательный знак: они являются приятными или неприятными состояниями Я*

Здесь, однако, необходимо более глубокое проникновение. Сначала мы напишем себе три пары эмоцио-

нальных актов, которые обычно называют душевными чувствами:

Радость – Гордость -Уважение
Тревога - Раскаяние - Антипатия

Прежде всего ясно, что верхний ряд имеет положительный знак, а нижний — отрицательный. Если посмотреть на *левую крайнюю группу,* то сразу можно признать, что радость и тревога — это положительное и отрицательное, приятное и неприятное состояние *Я*. Посмотрев на *правую крайнюю группу,* мы видим, что здесь с положительным и отрицательным обстоит *иначе:* если я кого-то уважаю или питаю к кому-то антипатию, я не настроен положительно или отрицательно, даже если это и присутствует в большей или меньшей степени. Позитивное и негативное обращено на предмет, иначе говоря, оно по существу превращается в *подтверждение* или *отрицание,* в положительную или отрицательную *оценку.* То же самое относится и к *средней группе,* только здесь подтверждение или отрицание направлено *на меня самого.* То есть из средней группы явствуют чувства *самооценки,* а из правой — *оценки других.* Левую группу мы называем *чувствами* душевного *состояния.*

Положительные чувства самооценки чаще всего переживаются и как приятное состояние Я, отрицательные — как неприятное. С другой стороны, отрицательные чувства состояния могут приводить и к положительным чувствам самооценки: так, чувство страха или отчаяния переходит иногда в упрямство и самонадеянность, что наблюдается и при некоторых параноидных развитиях. Чувства оценки других подрывают понятие чувства постольку, поскольку они уже не могут быть

названы приятными или неприятными состояниями *Я*, а представляют собой “убеждения” (PFANDER)[176].

Мы предлагаем следующее распределение *душевных чувств по группам* с несистематизированным *подбором* обозначений внутри групп:

А. *Чувства состояния:*

а) приятные: радость, удовольствие, легкость, ощущение счастья, ликование, спокойствие, удовлетворенность, уверенность;

б) неприятные: тоска, тревога, страх, боязнь, неудовольствие, зловещее чувство, уныние, ностальгия, отчаяние, ужас, испуг, злость, гнев, ярость, зависть, ревность, скука.

Б. *Оценочные чувства:*

1. *Чувства самооценки:*

а) положительные: сила, гордость, тщеславие, чувство собственного достоинства, превосходство, упорство.

б) отрицательные: стыд, чувство вины, раскаяние.

2. *Чувства оценки других:*

а) положительные: любовь, расположение, доверие, сострадание, уважение, интерес, одобрение, благодарность, благоговение, восхищение.

б) отрицательные: ненависть, антипатия, недоверие, презрение, враждебность, насмешка, недовольство, воз мущение.

Конечно, есть и *двойственные* чувства состояния, не являющимися однозначно приятными или неприятными, как говорят еще — ”смешанные чувства”. К ним относится печаль, часто также растерянность и смирение. Многие оценочные чувства тоже могут быть двойственными.

Кроме того, в *языке* есть наименования чувств, которые ничего не говорят о положительном или отрица-

---

[176] Философ Alexander Pfandcr опубликовал двухтомную работу “О психологии убеждений” (1922,1930).

тельном характере: возбуждение, напряжение, удивление, изумление, даже испуг могут быть положительными, отрицательными или двойственными чувствами состояния. В языке имеются также обозначения, за которыми скрываются совершенно различные виды чувств: доверие может быть приятным чувством состояния, положительным чувством самооценки или положительным чувством оценки других. Наконец, есть выражения, которые обозначают как физические, так и душевные чувства: например, удовольствие, отвращение, страх. Каждое языковое обозначение включает в себя опять-таки множество оттенков. Можно быть, например, религиозно или эстетически волнованным, морально или эстетически возмущенным — и каждый раз чувственное переживание качественно иное, поэтому *виды* эмоциональных переживаний поистине неисчерпаемы, даже если совершенно не принимать во внимание их конкретное *содержание,* то есть из-за чего человек злится, чему радуется, что любит.

Для душевных чувств используется также выражение *"душевные переживания".* Реактивные душевные чувства острого характера. сильной степени и с сопутствующими соматическими явлениями называются *аффектами* (испуг, ярость, ликование). *Настроение,* напротив, — это более продолжительное душевное состояние не всегда реактивного характера. Среднее настроение содержит физические чувства, отзвук последних переживаний и опирающиеся на глубинную подоплеку нереактивные душевные чувства.

Некоторые душевные чувства представляют собой также *обычные склонности личности,* в том числе *аномальной.* Многие из них так же неотделимы от душевных *влечений,* как известные витальные чувства — от соответствующих витальных влечений.

При душевных чувствах тоже бывает *общее повышение и нарастание.* При этом, согласно KRUEGER'у,

следует отличать глубину душевной эмоциональности от повышенной эмоциональной готовности поверхностно-экзальтированных натур.[177]

К аномальному усилению душевных чувств относится и *эмоциональная неустойчивость* некоторых людей, страдающих заболеваниями головного мозга, то есть склонность к изменению эмоционального состояния при малейшем поводе, в частности, к слезливо-сентиментальным реакциям. Эти эмоции, однако, являются усиленными не *сами по себе,* а лишь по сравнению с поводом.

Большое значение имеет *общее снижение интенсивности душевных эмоций.*

Врожденная бедность эмоций — “моральное слабоумие”[178], по определению старой психиатрии, — касается в первую очередь чувств оценки других: такие люди холодны, эгоистичны, грубы, равнодушны к самочувствию окружающих их людей и других живых существ. Однако они не испытывают эмоций и в смысле чувств самооценки: ни гордости, ни чувства вины, ни раскаяния, ни совести. В тяжелых случаях у них также плохо развиты душевные чувства состояния: их мало трогает, что с ними происходит. Иногда это касается даже физических чувств. Между выраженной теплотой

---

[177] Философ и психолог Felix Krueger в 1928 г. опубликовал книгу “Сущность чувств”, на которую явно ссылается Шнайдер.

[178] Имеется в виду “moral insanity” J.C.Prichard'a (1835). В своей книге “A Treatise on Insanity and Other Disorders Affecting the Mind” (“Трактат об умопомешательстве и других расстройствах, влияющих на рассудок”) он описал картину болезни, характеризующуюся отсуствием чувства собственного достоинства, раскаяния и совести. “Moral insanity”, согласно Prichard'y, — это комбинированное расстройство чувств (“disorders of affection or feeling”) и желаний (“those ot the active powers or propensities”). В результате этого наступает “болезнь, состоящая в патологическом извращении естественных чувств, аффективных действий, склонностей, настроений, привычек и естественных стремлений, однако без явного расстройства интеллекта, памяти и способности к суждению и, в частности, без патологического обмана чувств и галлюцинаций”.

чувств и выраженной черствостью существуют разнообразные переходы.

Разумеется, бывают не только асоциальные черствые люди. Под *острым эмоциональным параличом* подразумевается то обстоятельство, что сильные душевные потрясения могут иметь следствием равнодушие и эмоциональную пустоту. В частности, это наблюдается после тяжелых катастроф (BAELZ). Обозначение *“бесчувствие”* или “эмоциональная отчужденность” применяется для тех состояний, когда человек жалуется на внутреннее омертвение и пустоту, хотя объективно выражает живые эмоции. Такие жалобы встречаются прежде всего со стороны циклотимно-депрессивных больных. Что же такое эта так называемая эмоциональная отчужденность? Прекращением связи с *понятием “мое”* она быть не может, так как чувства всегда “мои” или никакие. Но и отчужденность в другом смысле, а именно в смысле *нереальности,* не имеет здесь места. Среди нереальных чувств предполагать что-либо рациональное столь же трудно, как и среди фальшивых, если не учитывать при этом одних лишь *проявлений* чувств. Кроме того, сомнительно, можно ли вообще применять критерий “реальность — нереальность” вне восприятия. Мы считаем, что делать этого нельзя. Действительно, отчужденность восприятия в смысле нереальности вообще нельзя сравнивать с тем, что принято называть отчужденностью чувств. Если восприятие является отчуждённым в этом, единственно возможном для него, смысле нереальности, то ведь объект восприятия (в том числе и собственное тело) все равно несомненно присутствует, только далекий и как бы завуалированный. При эмоциональной же отчужденности чувства (скажем, симпатия к детям) явно *уже не присутствуют* (или едва присутствуют). Обычно говорят, что эти больные только “считают”, что у них больше нет чувств, однако они явно озабочены, а следователь-

но, все же имеют чувства. Это неправильная и в какой-то мере чересчур упрощенная точка зрения. Разумеется, у них есть чувства, но чувства, которые они ощущают утраченными, которых фактически не имеют и именно на это и жалуются. Такое ведь и вообще часто встречается в жизни: можно страдать от того, что больше не испытываешь прежней симпатии к какому-то определенному человеку или какому-нибудь пейзажу. Это явление в психопатологии называют просто “чувством” бесчувствия, по сути же это *чутье на* бесчувствие. Депрессивное настроение просто больше не допускает таких направленных на других, действительно живых чувств, и больные жалуются на это как на утрату, на дефект. Однако здесь не следует стремиться слишком многое понять. Конечно, бывает, что циклотимно-депрессивный больной так занят самим собой, что уже не может проявлять интереса к другим, у него его просто не остается. Но не всегда обстоятельства таковы. То, что жалобы на бесчувствие имеют место даже при очень мягко проявляющихся циклотимных депрессиях, иногда в качестве раннего симптома, подтверждает предположение, что здесь нет ясной связи между депрессивным тоном настроения и душевной пустотой в отношении других людей или вещей, а эта безжизненность, эта потеря чувства оценки других, эта утрата эмоций имеют причиной сам процесс болезни. Говорить об отчужденности совершенно неправильно, так как речь идет именно о фактической временной вялости чувств, даже о бесчувствии в отношении внешнего мира при одновременном огорчении по поводу этого. Наблюдая больных шизофренией, часто бывает трудно решить, не имеет ли здесь места самоконстатация начинающегося эмоционального опустошения. Если речь при этих жалобах не идет о психотическом, то в большинстве своем это люди с выраженной склонностью к

самоанализу, от которой страдают естественность и подлинность всех психических актов.

Эмоциональным опустошением называют ту утрату душевных эмоциональных переживаний, которая обнаруживается и устанавливается при наблюдении извне у всех в высокой степени “отупевших”, а также у очень многих больных шизофренией. Однако, безусловно, у них не всегда имеет место действительное разрушение эмоциональных возможностей. Может быть так, что в какой-то момент снова проявляется намного больше тепла и жизни, чем предполагалось раньше. При некоторых шизофренических состояниях эмоциональное опустошение может затрагивать и физические чувства: отсутствуют боль, голод, усталость.

Иногда эмоциональное опустошение устанавливается самими больными шизофренией. Одна из моих больных говорила: “У меня осталось лишь десять процентов души и сердца”. Другая писала в стихотворении: “Кто вернет моей душе жизнь, которую она когда-то ощущала?”. Такие определения, вероятно, лишь редко бывают холодной констатацией, в большинстве же случаев и здесь явственно присутствует сознательная озадаченность.

Душевные чувства, впрочем, также и физические, могут характеризоваться и как *сделанные другими,* что является шизофреническим симптомом.

Теперь обсудим *аномалии отдельных душевных эмоций.*

В числе *приятных чувств состояния реактивная радость* вряд ли играет какую-то роль. В отличие от реактивных депрессий с их часто большой продолжительностью едва ли существуют реактивные мании, которые действительно заслуживают этого названия. Это один из главных фактов эмоциональной жизни. После затихания циклотимных депрессий могут наступать незначительные реактивные мании, ощущения

окончательного освобождения от тяжести, которые часто трудно отличить от эндогенных гипоманиакальных волн, так называемых гипоманиакальных остаточных колебаний. Редкие ярковыраженные, клинически несомненные мании еще реже дают картину чистой, незамутненной радости. Поэтому их тоже вряд ли можно сюда отнести.

Среди приятных чувств состояния особо упомянуть следует состояния *восторженности* и счастья, аномальные ощущения счастья, которые обобщенно представил RUMKE. Такие состояния, которые чаще всего связаны также с процессами познания, ясновидения, — вдохновения, наступают, в частности, под воздействием наркотиков, перед эпилептическими припадками и при шизофренических психозах. По меньшей мере при этих последних мы сталкиваемся с качественно аномальными переживаниями, как это, вероятно, бывает и при шизофреническом "бредовом настроении", которое иногда носит приподнятый характер, а иногда тревожный. Приподнятые настроения нередко и вне психозов отнюдь не реактивны. Многие чувства душевного состояния, в том числе чувства самооценки, вообще часто произвольно возникают в психике. То, что иногда уловима сугубо каузально ответственная физическая подоплека, как, например, действие возбуждающего средства, ничего не меняет в немотивированности. SCHELER назвал свободно возникающие душевные чувства духовными чувствами. Для него они всегда носят метафизический и религиозный характер, однако это отнюдь не устойчиво.

Среди *неприятных чувств состояния* на первом месте стоит *тоска* и ее разновидности: тревога, *страх,* боязнь, уныние, беспомощность, отчаяние. Сюда относится реактивная, *мотивированная депрессия.* Она может быть аномальной по отношению к поводу, а также

в том, что касается степени, внешнего вида, продолжительности и поведения.

От расстройства настроения, определенно и непосредственно мотивированного каким-либо переживанием, следует отличать *повышенную способность к реакции* (чаще всего с раздражительной, недовольной окраской) *на фоне,* на почве *других переживаний.* Причина может быть экзогенной, эндогенной или психогенной. Под экзогенной причиной мы понимаем исключительно ущерб, в буквальном смысле наносимый извне. То есть такого рода экзогенным фоном могут быть субъективные недуги при каком-либо травматическом *или* инфекционном заболевании. Под *эндогенным* мы понимаем ущерб, возникающий в буквальном смысле по внутренним причинам. Таким фоном могут быть недомогания при мигрени, менструациях, а также витальная депрессия. Часто имеет место также взаимодействие экзогенных и эндогенных факторов, как, например, во многих случаях истощения или недосыпания. Различая еще и *психогенный* фон, мы имеем в виду тот неоспоримый факт, что и какое-либо *неприятное переживание,* тревога, напряжение могут составлять фон для вообще усиленного и умноженного депрессивного реагирования, и не только как понятная противоположность экзогенному и эндогенному факторам. Может быть и так, что само это переживание уже стерлось в памяти, но вследствие него в течение какого-то времени сохраняется склонность к усиленной депрессивной реакции. Здесь переживание не имеет больше силы как мотив, а сохраняет лишь *каузальную силу воздействия.* Оно может даже полностью утратить силу (например, прискорбная новость может оказаться ошибкой), и тем не менее повышенная способность к депрессивной реакции какое-то время сохраняется. То, что определяющее переживание может также продол-

жать действовать *бес-сознательно,* следует, вероятно, признать как вариант.

Помимо реактивных, существуют, как уже упоминалось, *независимо возникающие депрессивные душевные чувства и мысли.* К ним относится большинство депрессий людей с заболеваниями головного мозга, эпилептиков, *циклотимиков* и шизофреников. При *подпочвенных депрессиях* нормальной (и психопатической) жизни случается, хотя и не является *обязательным,* что их *появлению содействуют* внешние впечатления как некое эмоциональное заражение. Так, дождливая погода может вызывать депрессивные мысли, но при этом человек не становится печальным *из-за* погоды, как при реактивной депрессии. Это эмоциональное заражение может быть и *парадоксальным:* лучезарная погода или веселая музыка могут повергать человека в печаль, прежде всего при соответствующей депрессивной готовности. И эта подпочвенная депрессия может быть основой, фоном для умноженной и усиленной способности к депрессивной реакции. В конкретном депрессивном состоянии *эти варианты переплетаются и напластовываются,* как все эти три вида у депрессивного человека.

О *страхе* тоже можно сказать, что он существует не только как витальный и реактивный, но и как произвольно возникающий, глубинный. Здесь тоже может случаться, что страх лишь “забыл” свой мотив. Так же как бывает, что он вторично заполняет себя ложными мотивами. Говоря о страхе, упомянем еще о *“мании страха”* или “мании бегства” — неестественном взвинчивании себя с помощью балагурства и шутовства, при котором человек не чувствует себя хорошо.

К неприятным по большей части чувствам душевного состояиия относится также *испуг,* при котором следует различать рефлекторное действие испуга (вздраги-

вание, побледнение, моторные нарушения, обмороки) от психического постижения *содержания* испуга.

Важной в этой группе является также *ревность*. Впрочем, при психотической ревности речь идет, вероятно, в большинстве случаев не о *чувстве* ревности, а о бреде отношения в облике ревности. Говоря о *положительных чувствах самооценки,* упомянем о *чувстве силы и превосходства* некоторых личностей. Однако это может встречаться и при всех психозах с более или менее “маниакальной” окраской, у некоторых людей в состоянии опьянения, некоторых паралитиков, шизофреников и маниакальных циклотимиков.

Более важными являются *отрицательные чувства са.мооценки.* Здесь нужно вспомнить о постоянном *чувстве вины* не уверенных в себе, чувствительных и ананкастических личностей, а также о чувстве греховности, которое встречается, в частности, у депрессивных циклотимиков.

Раскаяние тоже относится к отрицательным чувствам самооценки. Настоящее раскаяние — это сожаление не о наступивших или ожидаемых последствиях какого-то поступка, а о самом поступке (это так и классифицируется: сожаление о последствиях и сожаление о поступке). Раскаяние по поводу действительных событий в психозах сравнительно редко. Циклотимно-депрессивные больные не часто мучают себя настоящим раскаянием, поскольку для него требуется, чтобы содержание поступка и степень раскаяния находились в соразмерном соотношении.

При ослаблении *положительных чувств оценки других* мы вспоминаем прежде всего еще раз о бесчувственных личностях и, далее, о чутье на бесчувствие и опустошении чувств. Все эти формы в первую очередь касаются положительных чувств оценки других, чувств симпатии: любви, расположения, сострадания, интереса к другим. Все эти акты могут быть врожденно слабыми

или же могут более или менее ослабевать в течение жизни. Это может являться просто фактором развития: у некоторых людей снижается в течение жизни способность любить. У больных шизофренией это встречается как процесс, больной иногда констатирует: “Конечно, я думаю иногда о своих детях, но также о том, что даже материнская любовь может так притупиться”. Чаще такие жалобы бываю у циклотимно-депрессивных, а кроме того, очень сильно они проявляются у людей, занятых собой. Чужое страдание и чужая радость больше не трогают их. Однако бывает и так, что депрессивные даже повышенно восприимчивы к чужому *страданию,* во всяком случае, они иногда горюют из-за него.

Среди *отрицательных чувств оценки других* нужно упомянуть враждебное или подозрительное отношение к людям вообще и к определенным людям, что так часто встречается у некоторых личностей и у параноидных психотиков всех клинических форм.

II.

Если вообще попытаться отделить друг от друга чувства и влечения, что для части физических и душевных чувств, как было сказано, невозможно, то вслед за STUMPF'OM следует, видимо, придавать значение тому, что чувства направлены на существующее (или бывшее, или будущее), а влечения — на то, что должно (или не должно) быть. Чувство радости, например, пассивно, а инстинктивное переживание вожделения — активно. Поэтому, суммируя определения Lipps'a и STUMPF'B, можно сказать: *чувства — это пассивные состояния Я, непосредственно переживаемые как приятные или неприятные.* Так мы получаем *чистый тип* чувства.

В жизни самая тесная связь между чувствами и влечениями существует постольку, поскольку в общем и целом приятного ищут, а неприятного избегают. Мазохизм является лишь кажущимся исключением: здесь продолжительное чувство боли, поддерживаемое как таковое, доставляет чувство сексуального наслаждения. Удовольствие от болезни и унижения тоже не является исключением: здесь лишь отдается предпочтение другим ценностям (внимание, сострадание, "небесная награда"), которые заглушают или устраняют неприятные стороны болезни и унижения. Вместо *"влечение"* (инстинкт) можно сказать и *"стремление"*[179]. Это странно: "влечение" звучит пассивно, а "стремление" — активно. Но это именно активность, которая подталкивается сзади. *То,* что приводит ее в действие, находится у нее *за спиной.* Это относится к любой душевной деятельности. Более конкретным, что и касается цели, а также более сильным по степени является *желание.* Выражения "влечение" и "стремление" мы употребляем везде как равнозначные. Все виды стремлений, как физические, так и душевные влечения, могут возбуждаться и реактивно от предмета, и возникать независимо.

Сначала мы различаем *обиую инстинктивность* абсолютно *всех переживаний.* Она явственно видна и в восприятии, и во внимании, и в мышлении, да и в бездействии, в созерцании — пусть даже лишь в смысле "остановись, мгновение..."[180]. Жизнь — непрерывный

---

[179] Это отнюдь не общепринятое словоупотребление. Со "стремлением" связано представление об определенной направленности побуждения — скорее всего вверх (ср.: устремленные вверх контрфорсы готической церкви).

[180] В "Фаусте" Гете (часть I) Фауст говорит Мефистофелю: "Едва я миг отдельный возвеличу, Вскричав: "Мгновение, повремени!" — Все кончено, и я твоя добыча, И мне спасенья нет из западни. Тогда вступает в силу наша сделка, Тогда ты волен — я закабален. Тогда пусть станет часовая стрелка, По мне раздастся похоронный звон!". (Перевод Б.Пастернака. — *Прим. перев.*) Это — решающие слова Фауста, которые всегда рассматривались как квинтэссенция фаустовского в человеке (в немце?), условие его пари с Мефистофелем, лейт-

поток влечений. Из этого потока выделяются определенные *физические влечения,* более явственно инстинктивные. Они служат требованиям жизни и ее физического продолжения, причем в самом переживании не обязательно содержится этот биологический смысл. Такими физическими влечениями являются *не только* пищевой и половой инстинкты, но и инстинкты отдыха, движения, сна, зевоты, испражнения и многие другие.

Все эти физические инстинкты, *аномальным образом усиленные или пониженные,* встречаются и в виде качественных вариаций. Детали по большей части не представляют интереса.

В числе аномалий *пищевого инстинкта* упомянем аномальную жажду, ненасытный голод, отсутствие аппетита при различных заболеваниях, обжорство и снижение потребности в пище при самых разных психозах. Качественные аномалии аппетита наблюдаются у беременных.

Далее к аномалиям физических инстинктов относится *сексопсихопатология* — наиболее разработанная тема.

Более глубокое рассмотрение этой темы невозможно, если не принять во внимание, что половой инстинкт во многих отношениях *не сравним со всеми другими физическими инстинктами.* Необходимо подчеркнуть лишь следующее. Этот инстинкт имеет смысл, выходящий за рамки индивидуальной жизни, а именно — зачатие. Он направлен на другого человека. Он повсюду наталкивается на душевные ценности и влечения и должен быть приведен с ними в согласие. Он несет влюбленность и любовь в прямом смысле, то есть не-

---

мотив всей драмы. Фауст считает для себя невозможным найти удовлетворение в лености, самодовольстве, наслаждении преходящим. Но если это случится, пусть это будет его последний день, и Мефистофель может его забирать.

что новое и стоящее намного выше него. Он окружен большим, расплывающимся ореолом неактуальных и смутно-сексуальных интересов, склонностей и отношений, которые проходят через всю жизнь. Индивидуальные разновидности сексуальной жизни *столъ* разнообразны, что какая-то средняя норма здесь менее приложима, чем в других душевных сферах. Можно придерживаться лишь биологического смысла, с точки зрения которого сексуальное намерение, желание, действие тем извращеннее, чем меньше вероятность, что в результате них произойдет зачатие. Это подразумевается не в буквальном смысле, то есть при этом не имеет значения, невозможно ли зачатие фактически (например, вследствие бесплодия), или его не желают, или же речь идет о чистых фантазиях. Сексопсихопатология не может здесь подробно обсуждаться под этим углом зрения, в соответствии с которым внешне одинаковые факты иногда приходилось бы интерпретировать совершенно по-разному.

К расстройствам физических влечений следует отнести также известные *состояния моторного порыва.* Сюда входят первичные влечения к моторной разрядке некоторых энцефалитиков, прежде всего детей, и, конечно, также некоторые импульсивные действия больных шизофренией, хотя здесь, несомненно, речь идет чаще всего не о первичной моторной инстинктивной разрядке, а о реакциях, обусловленных эмоциями. То же самое относится к инстинктивному внутреннему сопротивлению, “негативизму”. К первичным моторным инстинктам можно с уверенностью отнести известные случаи деятельной гипертимии и маний. Противоположностью является снижение инстинктивных моторных потребностей как особенность флегматиков, как ослабление стимула у некоторых людей с заболеваниями головного мозга, как депрессивное торможение и, возможно, как кататонический ступор.

Из общего жизненного потока влечений выделяются далее *душевные влечения,* “влечения сердца”, которые мы признаем в качестве самостоятельных: стремление к власти, авторитету, влиянию, почёту, успеху, красоте, но также к исполнению долга, смирению, чистоте, святости. Речь идет всегда о стремлении к повышению самооценки в каком-либо ценностном направлении. Какое-то группирование самих этих возможных ценностных направлений выходит за рамки психологии. Можно лишь сказать: любое душевное влечение направлено на обогащение, возвышение *Я*. Эти душевные инстинкты представляют собой некую деятельность по защите *Я* и проявляют себя в ней иначе, чем душевные эмоции, которые своей чистой форме имеют не *более* инстинктивный характер, чем абсолютно *всякое* переживание.

Среди *аномалий душевных влечений* назовем непомерное честолюбие, а с другой стороны — часто дотошное стремление к смирению. чистоте, порядочности, исполнению долга, отличающее не уверенных в себе совестливых людей. Подобное можно наблюдать и в виде фаз при циклотимных депрессиях и шизофренических психозах.

Особенно трудная тема — это *люди влечений,* под которыми обычно подразумевают периодических странников, алкоголиков, мотов, поджигателей и клептоманов. Они представляют собой прежде всего не психологическую, а социологическую (с точки зрения поступка) группу, которая скрывает в себе *в психологическом плане самые разные вещи.*

Иногда бывают случаи с *непосредственно объяснимым мотивом,* который могут иметь и чаще всего имеют бегство, запои, расточительство, поджоги, воровство. Следующая группа отличается тем, что эти инстинктивные поступки имеют место *вторично, на почве разного рода расстройств настроения;* правда, воров-

ство и поджигательство трудно объяснить этим без натяжки. И наконец, остается, пожалуй, небольшая группа, где речь как будто идет *действительно о первичных нарушениях влечений.* Так, бродяжничество бывает следствием первичного, физического влечения к разрядке ходьбой, запои — первичной физической потребностью, так же как лекарственный голод, в частности в качестве симптома абстиненции. Но часто все это является желанием, вторично проистекающим из настроения. В конкретных случаях оба варианта, естественно, переплетаются. Труднее всего поддаются объяснению известные формы кражи вещей, которые не служат удовлетворению какой-то потребности или получению удовольствия, а также поджигательства. Здесь остается небольшая группа случаев, которые, если мы имеем дело не с неосознанными мотивами, а остаемся в описательных рамках, следует интерпретировать как первичную инстинктивную разрядку.

Вторичной инстинктивной разрядкой как следствием расстройств настроения является также самоубийство. Если бы оно существовало в качестве первичного инстинкта самоуничтожения, то его следовало бы отнести к аномалиям душевных влечений. Желание жить, с нетеоретической точки зрения, является не физической, а душевной потребностью. Таким же душевным влечением, в отличие от полового инстинкта, является стремление к продолжению рода.

Здесь мы можем лишь указать на большие трудности в отличении некоторых из этих влечений физического и душевного рода, часто *переживаемых как чуждые личности,* от *навязчивых переживаний.* Вопрос навязчивых влечений вообще потребовал бы широкого рассмотрения проблемы навязчивых состояний. Влечения, *навязанные другими,* никоим образом не входят в число навязчивых влечений. Они относятся к шизофренической симптоматике.

Если мы хотим уяснить *динамику влечений и их отношение к воле,* то лучше всего взглянуть на поступки. Первичным всегда является стремление или внутреннее сопротивление, стремление к чему-то или от чего-то. Если это сразу влечет за собой действие, то мы говорим об инстинктивном действии. Но иногда по отношению к первичному стремлению или сопротивлению возникают встречные стремления. Так, одному физическому влечению может противостоять другое: следует ли сначала есть или пить? Физическому влечению может противостоять душевное: следовать ли сексуальному стремлению или своей совести? Одному душевному стремлению может противостоять другое: следовать ли своему влечению к власти или соображениям гуманности? Так возникает *борьба устремлений, и побеждает более мощное из них.* Являющееся результатом действие может быть и внутренним поступком, невыполнением действия. Это пока чистая игра сил; о *воле* еще речь не идет. Обсуждать ее подробно не входит в нашу задачу. Необходимо лишь коротко обозначить ее отношение к стремлениям, опираясь на учение MAX'а HELER'а. Вероятно, никто не ожидает от нас даже мало-мальски подобающего изложения этой проблемы, широчайшим образом обсуждавшейся в истории философии и психологии. *Воля — это возможность выбора между двумя или более различными устремлениями.* Сама она не имеет собственной силы, она может лишь позволить или не позволить устремлениям совершить какое-то действие. То же самое она делает с силой стремлений на почве эмоций, оценок, убеждений. Сама воля никоим образом не может создавать стремлений или качественно их видоизменять. “Чувство долга”, “совесть”, “мораль” — это не проявления воли, а душевные течения, которым можно в лучшем случае сознательно следовать, с помощью которых можно подавлять другие стремления, на которые мож-

но решаться. Возможность волевого решения относится к отличительным признакам человека: у животного воля немыслима, и даже человек в большинстве случаев лишь следует взаимодействию сил влечений.

Развивая здесь тему соотношения между влечением и волей, следует вспомнить о законе пластов Nikolai Hartmann'a[181]. Категориально высшая воля уже заранее предполагает существование пласта категориально низших влечений в качестве своего материала. В этом смысле высшая категория более относительна, более зависима. Она не может преобразовывать перенимаемые ею элементы, а может лишь придавать им другую форму. Взаимодействие влечений — это полностью замкнутая в себе система, которая для своего функционирования не нуждается в воле. С другой стороны, воля как нечто категориально высшее является по отношению к категориально низшим влечениям совершенно своеобразным, превосходящим формированием. В этом смысле она, несмотря на свою зависимость от взаимодействия влечений, по отношению к нему свободна.

О *патопсихологии этой противоположности влечений по отношению друг к другу и к воле* можно сказать не намного больше. В психозах все это не играет какой-либо существенной роли. Но для характерологии и патохарактерологии эти отношения очень важны. *Инстинктивный* человек — это личность, которая в общем следует своим влечениям или взаимодействию их сил. *Сознательный* человек склонен противопоставлять себя своим влечениям, с помощью убеждений и

---

[181] В философских теориях пластов речь снова и снова заходит о толковании действительности как некоего порядка пластов бытия, расположенных один над другим. Высший слой может господствовать над низшими или влиять на них. Философ Nikolai Hartmann (1882-1950) развил изложенные здесь идеи в своей книге “Первые попытки пластового мышления в древней философии” (1943).

размышлений пробуждать в себе встречные стремления и делать выбор между теми и другими. Эти сами по себе нормальные характерологические тенденции у некоторых людей встречаются аномально повышенными, но ни у одного человека их не бывает в чистом виде. Сугубо инстинктивный человек был бы еще не человеком, сугубо сознательный — уже не человеком. Человечный человек постоянно дрейфует между этими полюсами[182].

ЛИТЕРАТУРА

Данный труд посвящен столь обширной части психиатрии, что даже указание лишь самых важных источников имело бы следствием огромное число ссылок на литературу. Поэтому в тексте упомянуты только те авторы, которые имеют особое значение для отражения истории разработки соответствующих тем или же для наших собственных воззрений и их дальнейшего развития, причем кое-где эти ссылки выходят за рамки психиатрии. Их работы представлены в нижеследующей подборке. Из соображений воссоздания истории сюда сознательно включены также труды, в которых авторы впервые изложили свои наблюдения или мысли, но в большинстве своем это их новейшие редакции. Многие из наших собственных, зачастую очень старых работ тоже внесли свой вклад в создание этой книги. Перечислить здесь все источники было бы попросту невозможно.

Auers, R.: Uber psychogene Storungen in sprachfremder Umgebung. Z. ges. Neurol. Psychiat.60(1920),281.

Baelz, E.: Uber Emotionslahmung. Allg. Z. Psychiat. 58 (1901), 717.

Baumer, E.: Uber geheilte Schizophrenien. Z. ges. Neurol. Psychiat. 164 (1939), 162.

Bimbaum, K.: Der Aufbau der Psychose. Allg. Z. Psychiat. 75 (1919), 455.

Bimbaum, K.: Der Aufbau der Psychose. Berlin 1923.

Bleuler, E.: Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. Leipzig-Wen 1911.

[182] Шнайдер завершает свою книгу антропологическими размышлениями, более подробно изложенными им еще в 1924 г. в “Ежегоднике характерологии” под названием “Инстинктивный и сознательный человек”.

Bleuler, E.: Lehrbuch der Psychiatric. 6. Aufl. Berlin 1937.
Bonhoeffer, K.: Zur Frage der exogenen Psychosen. Zbl. Nervenheilk. 32 (1909) 499, (Neue Folge 20).
Bonhoeffer, К.: Die exogenen Reaktionstypen. Arch. Psychiat. Nervenkr. 58 (1917), 58. Bostroem, A.: Uber organisch provozierte endogene Psychosen. Z. ges. Neurol. Psychiat. 131 (1931),.
Braun, E.: Psychogene Reaktionen. Handb. Geisteskrankh. V. Berlin 1928.
Domrich, 0.: Die psychischen Zustande. Jena 1849.
Egenter, R.: Die Einfachheit. Regensburg 1947.
Ewald, G.: Temperament und Charakter. Berlin 1924.
Gaupp, R.: Zur Lehre von der Paranoia. Z. ges. Neurol. Psychiat. 174 (1942), 762.
Griible, H. W.: Die Psychologie des Abnormen. Munchen 1922.
Groble, H. W.: Die Schizophrenie. Die Psychopathologie. Handb. Geisteskrankh. DC. Berlin 1932.
Hartmann, F.: Kranksinnigenstatistik. Jb. Psychiat. 34 (1913), 173,
Hartmann, N.: Kategonale Gesetze. Philosoph. Anz. 1 (1925/26), 201.
Hartmann, N.: Ethik. Berlin-Leipzig 1926.
Hartmann, N.: Der Aufbau der realen Welt. Berlin 1940. **Hoche,** A.: Die Entstehung der Symptome bei der progressiven Paralyse. Dtsch. Z. Nervenheilk. 68/69 (1921), 99.
Hofer, G.: Phanomen und Symptom. Nervenarzt 25 (1954), 342. Homburger, A.: Vorlesungen liber Psychopathologie des Kindesalters. Berlin 1926.
Homburger, A.: Versuch einer Typologie der psychopathischen Konstitutionei. Nervenarzt 2 (1929), 134.
Huber, G.: Zur nosologischen Differenzierung lebensbedrohlicher katatonen Psychosen. Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat. 74 (1955), 246.
Huber, G.: Pneumencephalographische und psychopathologische Bilder bei endogenen Psychosen. Berlin-Gottingen-Heidelberg 1957.
Huber, G.: Die coenasthetische Schizophrenie. Fortschr. Neurol. Psychiat (1957), 491.
Huber, G.: Chronische Schizophrenie. Heidelberg 1961.
Janzarik.W.: Die “Paranoia (Gaupp)”. Arch. Psychiat. Nervenkr. 183 (1950). 32 S.
Janzarik, W.: Der lebensgeschichtliche und personlichkeitseigene Hintererund des zyklothymen Verarmungswahns. Arch. Psychiat. Nervenkr. 195 (57), 219.
Janzarik, W.: Die hypochondrischen Inhalte der zyklothymen Depression in ihren Beziehungen zum Krankheitstyp und zur Personlichkeit. Arch. Psychiat Nervenkr. 195 (1956/57), 351.
Janzarik, W.: Die zyklothyme Schuldthematik und das individuelle Wertgefuae Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat. 80 (1957), 173.

Janzarik, W.: Die Typologie schizophrener Psychosen im Lichte der Verlaufsbetrachtung. Arch. Psychiat. Nervenkr. 202 (1961), 140.
Jaspers, K.: Eifersuchtswahn. Ein Beitrag zur Frage “Entwicklung einer Personlichkeit” oder “ProzeB”. Z. Neurol. Psychiat. 1 (1910), 567.
Jaspers, K.: Allgemeine Psychopathologie. 1. Aufl. Berlin 1913,4. Aufl. Berlin-Heidelberg 1946 bis 7. Aufl. Berlin-Gottingen-Heidelberg 1959 unverandert.
Kahn, E.: Uber psychopathische Verlaufe, Munch, med. Wschr. 1927,1404.
Kahn, E.: Die psychopathischen Personlichkeiten. Handb. Geisteskrankh V Berlin 1928.
Kirn, L.: Die Psychosen in der Strafanstalt in atiologischer, klinischer und forensischer Beziehung. Allg. Z. Psychiat. 45 (1889), 1.
Kisker, K. P.: Zur Frage der Sinngesetzlichkeit. Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat. 76 (1955),3.
Klages, L.: Bemerkungen zur sogenannten Psychopathie. Nervenarzt 1 (1928), 201.
Kleist, K.: Die Influenzapsychosen und die Aniage zu Infektionspsychosen. Berlin 1920.
Kleist, K.: Fortschritte der Psychiatric. Frankfurt 1947.
Kolle, K.: Die primare Verriicktheit. Leipzig 1931.
Komhuber, H.: Uber die Auslosung zyklothymer Depressionen durch seeli'che Erschutterungen. Arch. Psychiat. Nervenkr. 193 (1955), 391.
Kortke, H.: Ein Dilemma in der Dementia-praecox-Frage. Z. ges. Neurol. Psychiat. 48 (1919), 354.
Kraepelm, E.: Psvchiatrie. 4. Aufl. Leipzig 1893 bis 8. Aufl. Leipzig 1909-1915.
Kraepelin, E.: Fragestellungen der klinischen Psychiatric. Cbl. Nervenheilk Psychiat. 8 (1905), 573.
Kranz, H.: Das Thema des Wahns im Wandel der Zeit. Fortschr. Neurol. Psychiat 23 (1955), 58.
Kretschmer, E.: Uber psychogene Wahnbildune bei traumatischer Himschwache Z. ges. Neurol. Psychiat. 45 (1919), 272.
Kretschmer, E.: Besprechung von Kurt Schneider: Die psychopathischen Personlichkeiten. 6. Aufl. Wien 1943. Dtsch. med. Wschr. 1943, 841.
Kretschmer, E.: Der sensitive Beziehungswahn. 3. Aufl. Berlin-Gottingen-Heidelberg 1950.
Kretschmer, E.: Korperbau und Charakter. 23. u. 24. Aufl. Berlin-Gottingen-Heidelberg 1961.
Kretschmer, E.: Medizinische Psychologie. II. Aufl. Stuttgart 1956.
Krisch, H.: Die organischen einschlieBlich der exogenen Reaktionstypen. Berlin, 1930.
Krueger, F.: Die Tiefendimension und die Gegensatzlichkeit des Gefuhlslebens. 2. Aufl. Miinchen 1931.

Lange, J.: Uber Melancholic. Z. ges. Neurol. Psychiat. 101 (1926), 293.
Lebold, F.: Erblichkeit und “Psychopathie”. Mschr. Psychiat. Neurol. 86 (1933), 1.
Lipps, Th.: Vom Fuhlen, Wollen und Denken. 3. Aufl. Leipzig 1926.
Lopez Ibor, J..: La angustia vital. Madrid 1950.
Matussek, P.: Untersuchungen Uber die Wahnwahmehmung. Arch. Psychiat. & Nervenkr. 189 (1952), 279; Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat. 71 (1953), 189.
Medow, W.: Atypische Psychosen bei Oligophrenie. Mschr. Psychiat. Neurol. 58 (1925), 222 u. 289.
Meyer, H.-H.: Statistisches zur Frage der “Auslosung” endogener Psychosen durch akute korperliche Erkrankungen oder Generationsvorgange. Nervenarzt I, 24 (1953), 498.
Meyer, J.-E.: Diagnostische Einteilungen und Diagnosenschemata in der Psychiatrie. Psychiatr. d. Gegenw. III. Berlin-Gottingen-Heidelberg 1961.
Neustadt, R.: Die Psychosen der Schwachsinnigen. Berlin 1928. **Pauleikhoff, B.**: Uber die Seltenheit von Alkoholabusus bei zyklothym. Depressiven. Nervenarzt 24 (1953), 445.
Pfander, A.: Zur Psychologie der Gesinnungen. Jb. Philos. phanomenol. Forsch., 1, 1 (1913), 325 u.IIL (1916).
Pohlisch, K.: Uber psychische Reaktionsformen bei Arzneimittelvergiftungen. 1 Mschr. Psychiat. Neurol. 69 (1928), 200.
Raimann, E: Die hysterischen Geistesstorungen. Leipzig-Wien 1904.
Ruckdeschel, K.-Th.: ZurPrognose schizophrener Erkrankungen. Dtsch. med. Wschr. 1957, 2166.
Rumke, H. C.: Zur Phanomenologie undKlinik des Glucksgefuhls. Berlin 1924.
Scheid, K. F.: Uber senile Charakterentwicklung. Z. ges. Neurol. Psychiat. 148 (1933) 437.
Scheid, W.: Uber Personenverkennung. Z. ges. Neurol. Psychiat. 157 (1937), 1.
Scheler, M.: Der Formalismus in der Ethik und die materiale Wertethik. Halle, 1913 und 1916.
Scheler, M.: Die Stellung des Menschen im Kosmos. Darmstadt 1928.
Schmidt, G.: Erfahrungen an 700 Selbstmordversuchen. Nervenarzt II (1938),
Schmidt, G.: Zum Wahnproblem. Z. ges. Neurol. Psychiat. 171 (1941), 570.
Schneider. K.: Die psychopathischen Personlichkeiten. 9. Aufl. Wien 1950.
Schneider, K.: Probleme der Veterinar-Psychiatrie. Fortschr. Neurol. Psychiat. 23 (1955), 491.

Schroder, P.: Stimmungen und Verstimmungen. Leipzig 1930. Schroder, P. und H. Heinze: Kindliche Charaktere und ihre Abartigkeiten. Breslau, 1931.
Schuiz, J. H.: Neurose. Lebensnot. Arztliche Pflicht. Leipzig 1936.
Seelert, H.: Verbindung endogener und exogener Faktoren in dem Symptombilde und der Pathogenese von Psychosen. Berlin 1919.
Specht, G.: ZurFrage derexogenen Schadigungstypen. Z. ges. Neurol, Psychiat 19 (1913), 104.
Stern, W.: Die Intelligenz der Kinder und Jugendlichen und die Methoden ihrer Untersuchung. 4. Aufl. Leipzig 1928.
Stertz, G.: Einleitung zu: Die exogenen Reaktionsformen und organischen Psychosen. Handb. Geisteskrankh. Berlin 1928.
Stumpf, K.: Gefuhl und Gefuhlsempfindung. Leipzig 1928 (Neudruck alterer Arbeiten.)
Tellenbach, H.: Die Raumlichkeit der Melancholischen. II. Mitteilung. Nervenarzt 27 (1956), 289.
Tranier, M.: Psychopafhische Personlichkeiten. Schweiz. med.Wschr. 1931,217.
Villinger, W.: Gibt es psychogene, nicht hysterische Psychosen auf normalpsychischer Grundlage? Z. ges. Neurol. Psychiat. 57 (1920), 174.
Weitbrecht, H. J. : Zur Psychopathologie der zyklothymen Depression. Arbenen z. Psychiatr. etc. Willsbach-Heidelberg 1947.
Weitbrecht, H. J.: Zur Typologie-depressiver Psychosen. Fortschr. Neurol. Psychiat. 20 (1952), 247.
Weitbrecht, H. J.: Depressive endogene und manische Psychosen. Psychiatr d. Gegenw. II. Berlin-Gottingen-Heidelberg 1960,
Weitz, J.: Zur Statistik der symptomatischen Schizophrenie. Dtsch. med. Wschr. 1947, 38.
Weizsacker, V. v.: Der Gestaltkreis. 4. Aufl. Stuttgart 1950.
Wieck, H. H.: Zur Klinik der sogenannten symptomatischen Psychosen. Dtsch. med.Wschr. 1956,1345.
Zucker, K.: Funktionsanalyse der Schizophrenie. Arch. Psychiat. Nervenkr. 110 (1939), 465.

Новейшая литература (1961-1966)

Из обширного списка литературы, приведенного в конце посвященного мне тома издания “Психопатология сегодня” (Штутгарт, 1962) я выбрал работы, близко касающиеся тематики данной книги:

Barahona Fernandes: Filosofia e psiquatria. Vol. 1. Coimbra 1966.

Burger-Prinz, H. u. A.: Probleme der phasischen Psychosen. Stuttgart 1961

Conrad., K.: Die beginnende Schizophrenie. 2. Aufl. Stuttgart 1966.

Ditfurth, H. v.: Uber neuroleptisch-psychotische Mischsyndrome. Nervenarzt 36 (1965), 97.

Hainer, H.: ProzeB und Entwicklung als Grundbegriffe der Psychopathologr Fortschr. Neurol. Psychiat. 31 (1963), 393.

Huber, G.: Schizophrene Verlaufe. Dtsch. med. Wschr. 1964, 212.

Huber, G.: Wahn (1954-1963). Fortschr. Neurol. Psychiat. 32 (1964), 429.

Huber, G.: Reine Defektsyndrome und Basisstadien endogener Psychosen. Fortschr. Neurol. Psychiat. 34(1966), 409.

Jaspers, K.: Gesammelte Schriften zur Psychopathoiogie. Berlin-Gottingen-Heidelberg 1963.

Klages, W.: Entwicklungsbiologische Faktoren im Vorfeld der Psychose. Z. Psychother. med. Psychologie 15 (1965), 225.

Kretschmer, W.: Begriff, Geschichte und wissenschaftliche Stellung des sensitiven Beziehungswahnes. In: E. Kretschrner: *Der sensitive Beziehungswahn*. 4. Aufl. Berlin-Heidelberg-New York 1966.

Leischner, A.: Die autoskopischen Halluzinationen (Heautoskopie). Fortschr.Neurol. Psychiat. 29 (1961), 550.

Matussek, P. u. M.: Endogene Depression. Munchen-Berlin 1965.

Mechler, A.: Uber den Begriff der Psychose. Jb. Psychol. Psychother. 12 (1965), 67.

Meyer, J.-E.: Depersonalisation und Derealisation. Fortschr. Neurol. Psychiat. '31 (1963), 438.

Muller-Suur, H.: Das sogenannte Praecoxgefiihi. Fortschr. Neurol. Psychiat 2 9 (19 61),145.

Petrilowitsch, N.: Zyklothymie — endogene Psychosen von depressivem und manischem Typ. Fortschr. Neurol. Psychiat. 32 (1 964), 561.

Petrilowitsch, N.: Abnorme Personlichkeiten. 2. Aufl. Basel, New York 1964, 3. Aufl. ebenda 1966.

Pauleikhoff, B.: Stromungen in der gegenwartigen Psychopathologie. Hippokrates, 36 (1965), 897.

Schulte, W.: Nichttraurigseinkonnen im Kern melancholischen Eriebens. Nervenarzt 32 (1961), 314.

Schulte, W.: Psychopharrnakologie und Psychotherapie im Dienst der Wiederherstellung der Unbefangenheit zu leben. Nervenarzt 37 (1966), 203.

Tellenbach, H.: Melancholie. Berlin-Gottingen-Heidelberg 1961.

To11e, R.: Katamnestische Untersuchungen zur Biographic abnormer Personlichkeiten. Berlin-New York-Heidelberg 1966.

Weitbrecht, H.J.: Psychiatric im Grundrip. Berlin-Gottingen-Heidelberg 1963.

Weitbrecht, H.J.: Aus dem Vorfeld endogener Psychosen. Nervenarzt 25(1964), 521.

Weitbrecht, H.J.: Die heutige Diskussion Uber das Wesen der endogenen Psychosen. Fortschr. Neurol. Psychiat. 34 (1966), 161.
Weitbrecht, H.J.: Psychiatrische Fehldiagnosen in der Allgemeinpraxis. Stuttgart .b 1966.
Witter, H.: Methodologische Probleme der Psychiatric. Fortschr. Neurol. Psychiat. 31 (1963), 491.
Wottssen, D. v.: Korperbau, Psychose und Personlichkeit. Nervenarzt 37 (1966), 52.

Г.Хубер и Г.Гросс

КОММЕНТАРИИ

К разделу: КЛИНИЧЕСКАЯ СИСТЕМАТИКА И ПОНЯТИЕ БОЛЕЗНИ

I. *Система клинической психопатологии. Понятие психоза. Объяснение системы.*

КУРТ ШНАЙДЕР (в дальнейшем — К.Ш.) в своей “Системе клинической психопатологии” (с.1), которая одновременно является системой клинической психиатрии, проводит различие между психическими расстройствами как *“разновидностями психической сущности”* и как *“следствиями заболеваний”*. Если в первую группу зачисляются прежде всего аномальные личности и реакции на события, включая неврозы, то для него не существует принципиальной разницы между аномальными и нормальными личностями и реакциями на события. В этом К.Ш. согласен, например, с ЭРНСТОМ КРЕЧМЕРОМ, для которого психология неврозов является “психологией человеческого сердца в общем”, с мнением таких психоаналитиков, как K.UBIE или MICHAELS, о том, что каждый человек несет в себе невротический потенциал, и даже с такими антипсихиатрами, как TH.SZASZ, когда тот высказывается против

распространения понятия болезни на все возможные личностно-обусловленные и невротические расстройства и против связанной с этим тенденции к углублению понятия ответственности (см. библ. 49). То, что в системе клинической психиатрии Шнайдера, в группе последствий заболеваний, приводятся, помимо соматически обосновываемых, также не поддающиеся (пока) соматическому обоснованию, так наз. эндогенные психозы, циклотимия и шизофрения, равно как и его приверженность медико-естественнонаучному *понятию болезни,* часто являлось объектом критики. Гипотеза о соматическом заболевании как причине эндогенных психозов лишила клиническую психопатологию Шнайдера, по мнению KISKER'a (78), "последнего соответствия клинической сфере". Однако она позволила провести границу между психотическим и непсихотическим, между вариациями и следствиями заболеваний. В то время как ICD опирается на *масштабы* расстройства и не может дать точного определения *понятию психоза,* для К.Ш. все или только психические аномалии, независимо от степени их проявления и социальных последствий, называются психозами, которые в его системе клинической психиатрии являются следствиями заболеваний. Поскольку клиническая психопатология К.Ш. имеет дело с психически аномальным применительно к клиническим единицам, она превращается, по мнению JANZARIK'A (70, 71), в психопатологическое учение о *симптомах* и в *диагностику,* утрачивая свою нозологическую нейтральность. К.Ш. исходит из того, что любая система в психиатрии при сегодняшнем состоянии знаний имеет временный характер. Через медицинское понятие болезни, приверженность гипотезе болезни при эндогенных психозах и дифференцирование Dasein (бытия как такового) и Sosein (конкретной формы бытия), в котором, в свою очередь, дифференцируются форма (способ существования) и тема

(содержание), становится возможным создание временной, дидактически упорядочивающей *тройственной* системы, с различением непсихотических вариаций и психозов, а среди последних — эндогенных и соматически обосновываемых психозов. Диагностика является двойственной (понятия и наименования частично соматологические, частично психопатологические) только при психозах — потенциально также при эндогенных, но фактически до сегодняшнего дня только при соматически обосновываемых. Это разделение понятий на соматологический и одновременно этиопатогенетический ряд, с родной стороны, и психопатологический и одновременно симптоматологический ряд или порядок, с другой стороны, часто игнорируются — в смысле недооценки пластов (N.H.ARTMANN). Остается, например, незамеченным, что органическое изменение личности или деменция, равно как и циклотимия или шизофрения, подразумевают психопатологическое содержание, тогда как, например, сосудисто-мозговой процесс, Contusio cerebri или прогрессивный паралич — наоборот, соматопатологическое. Согласно подходу К.Ш., обстоятельства при психозах, где наличествуют (соматические) заболевания с их психопатологическими следствиями, совершенно иные, чем в группе вариаций, где только степень интенсивности, а не что-либо принципиальное, определяет отличие от нормальной психической сферы и где К.Ш. никогда не говорит о психозе, каким бы ярковыраженным ни было расстройство. Важно также ясно представлять себе, что обозначения *“аномальный”,* “аномальность” и *“психопатологичес-кий”* нозологически нейтральны и применимы как при вариациях, так и при психозах.

По поводу двойственности диагностики и относительно *диагностики* вообще, для которой К.Ш. использует клиническую психопатологию, “утрачивая нозологическую нейтральность”, следует заметить, что психи-

атрия после К.Ш. охватывает очень разнородные области, покоится на двух столпах — соматологии и психопатологии — и пытается объединить эти столь различные науки, в которые сегодня входят многочисленные отдельные науки. Поэтому вслед за К.Ш. (см.114, S.9) можно сказать, что единой науки психиатрии вообще не существует, а есть только психиатры. Под этим подразумевается, что для него психиатрия — не только медико-естественнонаучная дисциплина, и значительная часть расстройств, которые она должна распознавать и лечить, если взять за основу шнайдеровское материальное, естественнонаучное *понятие болезни,* не является болезнями, которые "обусловлены патологическими изменениями тела, органическими процессами с их функциональными последствиями и функциональными или морфологически объяснимыми остаточными явлениями". Диагностика, согласно К.Ш. (см. 115, S.4), обращает внимание на *форму* (способ существования), на "как", а не на тему (содержание), на "что". Там, где содержание рассматривается исключительно в пользу биографической стороны, исчезает диагностика, являющаяся также обязательной предпосылкой терапии, прогноза и экспертизы. К.Ш. неоднократно детально останавливается на вопросе, на который в конце концов отвечает утвердительно: можно ли вообще говорить о диагностике и симптомах также в считающихся чисто психопатологическими случаях циклотимии и шизофрении, которые он называет также "малыми единицами болезни" или "единицами состояния и течения в чисто психопатологическом смысле". Поскольку и течение не однообразно и не позволяет предположить принадлежности к единому целому, то диагноз, по Шнайдеру, принципиально основывается при шизофрениях и циклотимиях на *картинах состояния,* а не на течении. Следовательно, если различать диагностику состояния и течения (еще лучше — исхода), то

К.Ш., так же как и блейлеровская школа, ставит диагноз на основании состояния, а не исхода, как КРЕПЕЛИН, LANGFELDT или RUMKE (см. 50, S.161, 207). Однако альтернатива: диагностика состояния или течения — неправильна, поскольку и по Шнайдеру диагностика состояния анамнестически включает предшествующее течение как “следствие и развитие картин состояния”. Только для него исход — благоприятный или неблагоприятный — не имеет решающего значения: он предполагает шизофрению и тогда, когда психопатологически шизофренический психоз — например, характеризуемый способами переживания 1-го ранга — полностью излечивается.

Как бы ни подчеркивал К.Ш. различие соматических и психических симптомов, однако и ему известны неврологическо-психопатологические *“переходные симптомы”,* например, расстройства физических чувств при коэнестетической шизофрении. В шизофренических и циклотимических картинах состояния он также подозревает “симптомы” неизвестных соматических заболеваний.

К.Ш. не видит причины отклоняться при диагностике от принципов медицины: психиатрический диагноз принципиально основан для него на картинах состояния, а не на течении. При этом он очень хорошо видит, что КРЕПЕЛИНОВСКОЕ правило, по которому шизофреяшческой симптоматике соответствует неблагоприятный исход, а маниакально-депрессивной — благоприятный, имеет многочисленные исключения. Так, ему известны шизофренические психозы, которые действительно излечиваются, не оставляя каких-либо следов. Это должно означать, что уверенное прогнозирование на основе психопатологического синдрома для отдельных пациентов невозможно. Боннские (63) и цюрихские (10) исследователи, исходящие из совершенно различных концепций шизофрении, сходятся в том, что

в начале заболевания нет надежных критериев для разделения шизофрении на благоприятный и неблагоприятный типы. Ими обнаружена совершенно одинаковая доля — по 22% — полностью и прочно излеченных шизофрений в обоих типах.

Относительно *состояний слабоумия* К.Ш. отмечает, что они встречаются не только в качестве отрицательного варианта умственных способностей, но и — прежде всего тяжелые — в качестве "следствия болезней, например, при болезнях и пороках развития, обусловленных генетически-хромосомными причинами, или при травме головного мозга в раннем детстве. Как аномальные личности являются обычно лишь вариациями личностей, так и умственные недостатки могут нередко интерпретироваться всего лишь как вариации умственных способностей. Даже если в подавляющем большинстве случаев олигофрения как отрицательный вариант интеллекта обусловлена наследственностью, ошибочно и недопустимо объединять ее в качестве “наследственного слабоумия” с формами олигофрении, которые тоже имеют наследственную причину, однако могут быть отнесены за счет какого-либо определенного. поддающегося характеристике заболевания или травмы головною мозга (например, туберкулезного склероза, фенилкетонурии или лактоземии), то есть нельзя сваливать все в одну кучу.

Любое *понятие шизофрении* и *циклотимии,* согласно К.Ш., не более чем условность: если выполнены определенные критерии, например, имеются симптомы 1 -го ранга, и невозможно установить болезнь-первопричину, то он называет это состояние шизофренией. Поскольку циклотимия и шизофрения являются для К.Ш. лишь психопатологическими симптомами неизвестных заболеваний, между ними может быть только дифференциальная *типология* и невозможен дифференциальный *диагноз в* прямом смысле слова.

Между обеими формами встречаются атипичные психозы, скорее приближающиеся к шизофреническому или циклотимическому полюсу, и названные им *"промежуточными случаями"* переходы "в единственной известной нам психической картине", психозы "шизоаффективной промежуточной области" (72), которые фигурируют под различными обозначениями и рассматриваются частично как самостоятельные заболевания (18, 94). Новые исследования показали, что речь идет о тех психозах, которые К.Ш. называет шизофреническими и которые характеризуются рядом прогностически благоприятных моментов — например, контактная, изначально синтонная личность, острое начало первого психотического манифестирования, психически-реактивное инициирование и связь с эндогенно-депрессивными симптомами или синдромами (3, 4. 27, 98). В то время как между шизофрениями и циклотимиями может быть только одна дифференциальная типология (тот или иной случай может в большей или меньшей степени относиться к шизофреническому или циклотимному типу) и дифференцирование здесь не имеет строго альтернативного характера, между вариациями психической сущности и эндогенными психозами существует, согласно К.Ш., "резкая дифференциальная диагностика". Как и прежде упускается из виду (см. 104), что при нынешнем состоянии знаний нельзя спрашивать: шизофрения это или циклотимия, а только: соответствует ли это тому, что я обычно называю шизофренией, или тому, что я обычно называю циклотимией; что любое понятие шизофрении и циклотимии сегодня может быть только временным и условным (24). При шизофрениях и циклотимиях, а также при многочисленных формах психозов, выделяемых разными авторами и рассматриваемых как самостоятельные, нужно говорить не о "правильном" или "неправильном" диагнозе, а в лучшем случае о том, что та или

иная диагностическая условность с практической и научной точек зрения (например, в плане предсказания течения и исхода) более пригодна и имеет большую эвристическую ценность, чем другие (см. 24, 75). По нашему мнению, еще и сегодня нельзя не согласиться с К.Ш., когда он пишет, что никому не удалось убедительно выделить из психозов определенные типы и формы. В условиях отсутствия характеристических или совершенно специфических соматических данных усилия по разработке нозологических объектов в области чисто психопатологических образований остаются "погоней за призраком".

II. *Понятие болезни в психиатрии. Пороки развития. Следует ли постулировать циклотимию и шизофрению как "патологические"?*

III. *Вопрос перехода между аномальным и патологическим. Переходы между циклотимией и шизофренией.*

Система клинической психиатрии вытекает для К.Ш. из его строго медицинского понятия болезни и постулата болезни при эндогенных психозах, которого он придерживается как единственной, в конечном итоге, поддающейся проверке рабочей гипотезы, несмотря на "возражения" и "сомнения", а также на то, что он оставляет открытым вопрос о "метагенном", о "заблуждении души в самой себе" в качестве варианта философского подхода. Психопатологическими признаками для *гипотезы болезни* являются, в частности, „проявление качественно аномальных симптомов, не имеющих аналогий в непсихотической душевной жизни, и наблюдение, что психозы мотивированы не пережитыми событиями. То, что они "в подавляющем большинстве" не следуют непосредственно за событиями, под-

тверждается также новыми данными, согласно которым в 25% случаев имело место первое психотическое проявление (манифестирование) и в 28% — повторные проявления (реманифестирование) на психически-реактивной основе (63, S.68; см. также 28). Однако *инициирование* и, в частности, психически-реактивные провокации встречаются чаще, чем это предполагалось традиционной психиатрией. Критерий нарушения смысловой непрерывности жизненного развития как в определенной степени *методологическая диагностика* эндогенных психозов (по методу осмысления психопатологической картины состояния — генетическое понимание, по К.ЯСПЕРСУ, — судят о сущности состояния) *был* дополнен установлением конкретных симптомов, в частности, симптомов 1-го ранга при шизофрении. И то и другое — точное описание определенных психопатологических феноменов, например, аномальных способов переживания 1-го ранга, и невозможность осмысления с помощью метода *генетического понимания* (разрыв смысловой закономерности) — позволяет, согласно К.Ш., принципиально беспереходное отделение шизофрении от аномальных личностей и реакций на события. Однако признаются переходы между личностями и психозами в клинической картине проявления: психопатологический синдром, прежде всего в начале и при более мягком течении, может долгое время или даже постоянно нести такой сильный отпечаток личности и присущих ей способов переживания и реакции, что психоз “в психологической картине проявления невозможно сформулировать, как нечто другое, новое”. В этом, наряду с незначительным психопатологически дифференцированием, К.Ш. видит одну из причин того, что некоторые психиатры обнаруживают переходы между эндогенными психозами и вариациями. С этими переходами между психозами и невротически-психопатическими расстройствами личности в психо-

патологической картине проявления К.Ш. недвусмысленно согласился (что часто игнорируется) и подчеркнул, что в таких случаях и стадиях в чисто психопатологическом разряде дифференциальный диагноз между психозами и расстройствами реакции на события и личности, в том числе между циклотимными и реактивными депрессиями, часто невозможен. Однако он считает необходимым отличать проблему переходов в психической картине проявления от проблемы переходов в телесном, в соматическом субстрате. Так, начинающийся прогрессивный паралич или сосудисто-мозговой процесс могут первоначально или в течение длительного времени импонировать лишь в качестве обострения первичной личности, так что в психической картине проявления невозможно распознать цезуру между личностью и соматически обосновываемым психозом. В отношении этих переходов в психопатологической картине и для К.Ш. существовала пограничная область между психозами и вариациями, в сфере которых можно было бы при желании говорить о "пограничных синдромах" ("Borderline-syndrome") (см. 56). Эта частичная "общность выражений" психогенного (характерогенно-го) и энцефалогенного, признание переходов между личностями и психозами (эндогенными и соматически обосновываемыми) слишком мало принимались во внимание при обсуждении позиций К.Ш. (см. 36, S.199, 219; см. также 53).

Болезнь, то есть психоз, может, но не обязательно должна прерывать смысловую связь жизненного развития; нарушение *смысловой непрерывности жизненного развития* незаметно прежде всего в начале и при слабовыраженных психозах. Sosein психозов с помощью метода генетического понимания можно осмыслить темы содержания), но не формы (способы существования). *Темы психозов,* по мнению К.Ш., несут отпечаток пережитых событий, поддаются анализу и глубокому

осмыслению. Любой психоз, будь то эндогенный или имеющий соматические причины, имеет свои *“реактивные черты”*. Психические реакции на переживание болезненного состояния и его следствий часто являются доминирующими. Даже больной острым психозом может противопоставить себя как личность психозу Еще более это относится к постпсихотическим стадиям, которые в длительных течениях ши-зофренических заболеваний по сравнению с типично шизофреническими периодами у большинства больных значительно преобладают. Это известные уже Шнайдеру чистые, астенические резидуальные состояния и базисные стадии, когда больные сами ощущают свои недостатки (базисные симптомы), критически от них дистанцируются и могут проявлять отношение к самим себе (см. 36, 38, 41, 63). Даже при шизофренических способах переживания 1-го ранга уже в феномене можно распознать, как было показано на примере бредового восприятия, психогенный компонент и почти всегда — тематическую связь содержания бредового восприятия с биографией (см. 61, S.103). Психотические и особенно шизофренические проявления нельзя, по мнению К.Ш., прямолинейно и упрощенно трактовать как непосредственные следствия болезни. Тем более что сформировавшиеся конечные и надстроечные феномены основаны обычно на амальгамировании относительно “близких к субстрату основных симптомов” (см. 41, 56) с “антропологической матрицей” (WEITBRECHT) (126), с данными человеку возможностями реакции и поведения. На основании обнаруженных с помощью дескриптивно-феноменологического метода динамических и познавательных базисных недостатков (см. 23, 53, 88. 89,119) можно получить отправные точки для биологической теории психотического, вполне совместимой с многоусловным подходом.

Как и ЯСПЕРС, К.Ш. придерживается принципиального отличия психотического происшествия (“процесса”) от развития личности, в то время как, например, для GAUPP'А и КРЕЧМЕРА некоторые параноидные бредообразования (в частности, *сенситивный бред отношения)* представляют собой проявления, объясняющиеся взаимодействием личности, среды и последнего переживания (73). Пережитые события вполне могут вызывать психозы, что допускает и К.Ш., однако в таких случаях это определяется воздействием аффективного на телесное. С этой часто критикуемой гипотезой легче согласиться, если принять во внимание, что субъективный вес смыслосодержащего переживания в значительной степени определяет интенсивность “эмоционального удара”, который “в смысловом плане слеп” (см. 28) лишь в отношении конечного патогенетического отрезка, “сомато-вегетативного переключающего действия аффективного” (Э.БЛЕЙЛЕР).

Обсуждая *постулат болезни,* К.Ш. констатирует, что психозы, вызванные соматическими причинами, “почти всегда” выглядят совершенно иначе, чем не нашедшие до сих пор соматического обоснования, шизофренические и циклотимные психозы. Однако бывают “все же случайные пересечения” — наверняка в значении *симптоматичной шизофрении,* но не в значении *симптоматичной циклотимии,* которая, однако, как показал WEITBRECHT (125), тоже имеет место. Все симптомы, являющиеся в психопатологическом понимании шизофреническими, наблюдаются, согласно К.Ш. (хотя и редко) также при поддающихся определению заболеваниях головного мозга, в частности при эпилепсии, некоторых интоксикациях и энцефалите. Поскольку это распространяется и на *симптомы 1-го ранга,* то при несомненном наличии таких симптомов К.Ш. говорит о шизофрении лишь в том случае, когда “невозможно об-

наружить в качестве причины никакой соматической болезни”.

Некоторые психопатологически-шизофренические *формы кататонии, опасные для жизни,* замечает К.Ш. на основании гейдельбергских исследований, следует интерпретировать как соматически обосновываемые, например, энцефалитные, психозы (34). Существование симптоматичных шизофрении и циклотимии было позднее подтверждено WEITBRECHT'OM (123,125), GROSS и HUBER'OM (60), а также ALSEN'OM с сотрудниками (1); из этого было выведено также основное правило психиатрической диагностики, а именно, что все психопатологические симптомы *неспецифичны* и поэтому без *полного обследования организма* поставить точный диагноз в психиатрии невозможно (см. 50, S.20, 45; см. также 14). В случае сомнения диагностический примат принадлежит данным соматического обследования.

К разделу: ПСИХОПАТИЧЕСКИЕ ЛИЧНОСТИ

I. *Понятие аномальной и психопатической личности. Возможности классификации психопатических личностей.*

Монография К.Ш. “Психопатические личности” после 9-го издания (112) по не зависящим от него причинам больше не переиздавалась. В ней К.Ш. дает обобщенное изложение своих последних воззрений на проблему психопатии, которая после него разрабатывалась редко (в частности, в психиатрии немецкоязычных стран — N.PETRILOWITSCH'ем (103). Мерилом понятия психопатической личности и стоящего выше понятия аномальной личности является для К.Ш., как и в случае реакций на пережитые события, средняя норма, а не норма ценности. К тому же аномальные личности повсюду плавно и без определенных границ пере-

ходят в варианты, характеризуемые как нормальные. Только на основе результатов соматологического исследования возможен окончательный диагноз и при крайних вариантах личности. Это касается как аномальных личностей, так и личностей, чье поведение и реакции обусловлены ситуациями и событиями, а также аномальных реакций на события и неврозов, или точнее — психопатологических картин состояния, которые выглядят как неврозы или психопатия (см. выше). Бывают неврозо- или психопатоподобные синдромы, за которыми скрываются повреждения головного мозга (особенно относящиеся к раннему детству), начинающиеся заболевания головного мозга. имеющие характер процесса, или эндогенные психозы. При психопатических и невротических состояниях диагноз относится в конечном итоге ко всей группе; внутри группы при психореактивных и психопатических расстройствах личности возможно лишь выделение прегнантных типов путем описания и генетического анализа, но не собственно диагноз. Диагноз в строгом смысле существует только при психозах, имеющих соматическую причину. Также и в группе эндогенных психозов диагноз относится к обоим кругам форм, образованным с помощью чисто психопатологических критериев, и здесь тоже не имеет строго альтернативного характера. Есть много больных, которые не допускают строгого “aut-aut” (лат. — “или-или” — *прим.ред.*) и не могут быть включены ни в шизофренический, ни в циклотимный круг форм, а напротив, обнаруживают свое промежуточное положение: промежуточные случаи в понимании К.Ш.. Здесь позиция К.Ш. совпадает с мнением КАРЛА ЯСПЕРСА: значение диагноза уменьшается от соматически обоснованных психозов через эндогенные психозы к вариациям. Отсюда вытекает не названное К.Ш. прямо ясперсовское *правило слоев:* когда у одного и того же пациента проявляются одновременно или

последовательно органический, шизофренический, депрессивно-маниакальный, невротический или психопатический (по видимости) психосиндромы, то есть симптомы или синдромы из различных групп, то для диагностики действует правило: в последовательности “психопатически-невротический — депрессивно-маниакальный — шизофренический — психоорганический” решающее значение для диагноза имеет наиболее глубокий из достигнутых “слоев”.

Аномальность и для К.Ш. заключается в резком проявлении и преобладании определенной отличительной черты личности, которая сама по себе является более или менее общечеловеческой. Современные системы классификации предпочитают определение “расстройство личности” (personality disorder), так как оно кажется менее обвинительным и более нейтральным, а также выражает отношение к неврозу (“невроз характера”). Недостатком этого определения является то, что “расстройством личности” бывает также, например, изменение личности при объяснимых заболеваниях головного мозга. С другой стороны, есть, безусловно, также определенные черты и типы личности, которые являются врожденными вариациями и тем не менее подвержены изменениям в процессе развития, колебаний подпочвы и воздействия “пережитых событий в самом широком смысле”. По мнению К.Ш., гипертимная, депрессивная, а также нередко сенситивная личность — это “простой такой человек”, индивидуум с возможностью развития и реализации определенных черт личности. Если следовать его подходу, нельзя с уверенностью констатировать “расстройство личности”, говоря о депрессивной или сенситивной личности, — разве что принципиально усматривая в способности страдать, чувствительности или депрессивности расстройство, а не выражение “conditio humana”.

Учитывая данные новейших исследований, вряд ли может быть подвергнуто сомнению и то, что в той или иной личности имеется нечто врожденное и частично унаследованное и что эти тенденции и качественные предрасположения обнаруживают на протяжении жизни относительное постоянство, биографическую последовательность. Однако привычная *прочность* структуры личности не исключает, по мнению К.Ш., *возможности изменений,* колебаний и превращений в процессе развития и раскрытия личности, а также под воздействием факторов окружающей среды, опыта, переживаний и судьбы. К.Ш. подчеркивает относительность критерия длительности и постоянства. Вместе с тем некоторые личности и черты характера являются для него в различной степени способньми к преобразованию, пластичными. Параллельно с пластичностью, подверженностью воспитательному влиянию окружающей среды существует подверженность или относительная неподверженность психотерапевтическому воздействию. Его подход вполне удовлетворяет взаимной модификации и воздействию предрасположения и окружающей среды: предрасположение никогда не встречается само по себе — там, где оно появляется, оно всегда бывает уже сформированным в результате взаимодействия с окружающим миром. С другой стороны, соответствующая окружающая среда приобретает характер окружающей среды лишь применительно к сталкивающейся с ней структуре предрасположения. Для развития личности существенно, как факторы предрасположения определяют, со своей стороны, вид восприятия и переработки окружающей среды. Поскольку связь между предрасположением и окружающей средой в виду постоянного взаимодействия никогда не поддается точному определению, возможны различные толкования. Так, значение учебы и пластичности может переоцениваться или недооцениваться

Последние результаты свидетельствуют о том, что для психических признаков факторы предрасположения имеют в среднем меньшее значение, чем для физических, что интеллект сильнее зависит от предрасположения, чем личность, и что здесь, с другой стороны. общее расположение духа, например господствующий тон настроения у депрессивных или гипертимных личностей, движущая сила и сила воли или “невротическая тенденция” сильнее связаны с предрасположением, чем другие признаки (см. 44, S.668, 710). Очевидно, что существуют такие типы психопатов, которые в большей или меньшей степени формируются окружающей средой. Так, постоянство у гипертимных и бесчувственных психопатов, по-видимому, выражено очень ярко, тогда как другие черты личности, например неуверенность в себе или астения, могут быть временными или надолго отступившими на задний план. По мнению К.Ш., который в своей “Клинической психопатологии” лишь коротко останавливается на проблеме свободы воли, остается известная свобода действий, возможность самоформирования в противовес полной обусловленности факторами предрасположения и окружающей среды. В этом плане развития личности в смысле раскрытия имеющихся задатков под влиянием определенных обстоятельств окружающей среды не бывает: каждая единственная в своем роде человеческая личность — это больше, чем продукт предрасположения и окружающей среды, это еще и то, что она сама из них извлекает. Возможность волевого решения относится к отличительным признакам человека, который, однако, чаще всего следует лишь силе влечений, “полностью замкнутой в себе системе, не нуждающейся в воле для своего функционирования”. С другой стороны, воля как категориально высшее понятие (N.HARTMANN) в противовес категориально низшим влечениям является совершенно своеобразным, пре-

восходящим формированием в *этом* смысле, несмотря на свою зависимость от игры влечений, по сравнению с ней свободна.

Вывод заключается в том, что учение о психопатах К.Ш. тоже учитывает влияние окружающей среды и психодинамические взаимосвязи: нельзя игнорировать причины и мотивы колебаний, кризисов и улучшений, биографический аспект и тем самым возможность психотерапевтического воздействия. С другой стороны, нельзя пренебрегать фактором последовательности личности, ее врожденными качествами, слабостями и границами. В противовес чрезмерному подчеркиванию определяющего значения окружающей среды в дифференциальной психологии следует учитывать врожденные задатки и предрасположенность личности (см. 44, S.709). В многоусловном генезисе, когда речь идет о вариантах личности и характерогенных реакциях на события, акцент делается больше на факторах предрасположения, а при так называемых неврозах (в DSM-III это обозначение больше не используется — см. 17), если это не неврозы характера или ядра личности, и еще более явно при “сверххарактерных” аномальных реакциях на события — на влиянии окружающей среды.

II. *Отдельные типы.*
III. *Критика типологий психопатов.*

Для классификации вариантов личности К.Ш. использует бессистемную типологию, которая располагает типы определенных личностей в соответствии с примечательными, особенно прегнантными, существенными в индивидуальном и социальном плане качествами. При этом он подчеркивает, что его классификация, как и все прочие типологические классификации, не может полностью отразить индивидуальности отдельного па-

циента: отнести определенную личность к тому или иному типу можно лишь сознавая, что тем самым охватываются лишь отдельные ее качества, выделяемые с определенной точки зрения, а никак не весь человек и даже не суть психической стороны отдельного индивидуума. К.Ш. предостерегает от опасности навешивания ярлыков, от склонности считать по необоснованной аналогии диагнозом типологические описания в области вариантов личностей и реакций на события. Столь же неуместным по существу он считает говорить, (как и ICD), о *расстройствах* личности. Личности и реакции на события не укладываются в конкретный диагноз подобно болезням и их психическим следствиям. К.Ш. выступает решительно против очень распространенной сегодня (особенно в учении о неврозах) тенденции абстрактного овладения необъятной областью разновидностей психической сущности с помощью медико-естественнонаучной модели наименований болезней, против наклеивания на отдельных людей диагнозоподобных ярлыков. Во всей области вариантов личности и реакций на события возможна не постановка диагноза, а в лучшем случае выделение прегнантных типов путем описания и генетического анализа. Уже само снабжение диагностическими ярлыками болезней, особенно болезней с психопатологическими симптомами (это относится и ко всем психозам, в особенности эндогенным), является сомнительным и в любом случае таит в себе опасность. Оно совершенно невозможно при более или менее нормальных или отклоняющихся от средней нормы вариантах психической сущности. Не являются симптомами болезней характерные для тех или иных индивидуумов особенности, выделяемые с определенной, особой точки зрения — например, ощущение бытия и жизни (гипертимные, депрессивные, не уверенные в себе и сенситивные личности) или трудностей для окружения (например, фанатичные, вспыльчи-

вые или нечуткие личности); помимо них у данного человека много других качеств, которые этим обозначением не отражаются. Выделенные качества — например, “гипертимный”, “с неустойчивым настроением” или “астеничный” — могут быть частично даже относительно периферическими “фасадными характеристиками”. Но даже если речь идет о более центральных чертах личности, обозначение остается, как подчеркивает К.Ш., формальным, не охватывая содержательной стороны, которую можно показать лишь казуистически и которая важна (в отличие от психозов) прежде всего когда дело касается личности и ее развития. Типологии оправданы лишь до тех пор, пока известно, что по категориям распределяются не личности, а в лучшем случае доминирующие предрасположения тех или иных индивидуумов. К.Ш. подчеркивает ограниченную познавательную ценность любого типологического учета личностей и считает, что лучше (это относится и к реакциям на события), отказавшись от диагнозоподобных обозначений. характеризовать человека и конфликты, в которых он состоит. Но хотя психиатрия, по его мнению, должна стремиться к возможно более точному пониманию личности отдельного индивидуума, то есть ставить себе целью индивидуальный, а не только типовой “диагноз”, однако по существу ни типовой, ни индивидуальный диагноз невозможен — по крайней мере, в том смысле, что он не может отразить всей психической стороны человека или даже только того, что составляет ее абсолютную сущность. К.Ш. своевременно напоминает (опять-таки в полном согласии с КАРЛОМ ЯСПЕРСОМ и в безусловном противоречии с господствующими в психиатрии и психологии мнениями), что никогда не бывает возможным вынести окончательную психопатологическую и психологическую общую оценку, ни один человек не обо-

зрим полностью, никогда нельзя, так сказать, подвести под ним черту, подытожить его.

К.Ш. ставит под сомнение стойкость “психопатий” и подчеркивает взаимодействие задатков и пережитых событий. Он отличает предрасположение к психическим качествам от действительно развившихся (в определенной окружающей среде) качеств. Личность, таким образом, в его представлении является развивающимся понятием, состоящим как из врожденных и неизменных, так и из динамичных и изменчивых компонентов. Это относительно идентичная неизменная величина, представляющая собой общее, постоянное психическое своеобразие отдельного человека и в то же время в известных пределах гибкая и пластичная в зависимости от времени и окружения. Человек — неизменное, верное себе и однажды избранному направлению создание, но также и “ens mutans et mutabile”, то есть существо меняющееся и подлежащее изменению. Для лечения пациентов с так называемыми психопатическими и невротическими проявлениями (а вместе с тем и для терапии криминальных лиц) важно антропологическое проникновение К.Ш. в диалектическую, двойственную природу отдельного человека, находящуюся между полюсами постоянства и переменчивости, его вывод о том, что окружающий ядро индивидуальности ореол сил инерции и стремлений может меняться — в соотношениях и в том, что становится господствующим и осуществляется, — изменяя тем самым практический образ действий. Способны к учению и социально воспитуемы также пациенты с необычно сильным проявлением и преобладанием тех или иных характерных черт личности, которые сами по себе в большей или меньшей степени присущи всем людям. Исключение составляют наиболее тяжелые аномалии, обусловленные сверх того — по крайней мере, частично — мозговой органикой (псевдопсихопа-

тические варианты личности, экзогенные факторы внутриутробного развития и раннего детства). Учение К.Ш. о психопатах подразумевает также, что для части его аномальных личностей, от аномальности которых общество страдает больше, чем они сами, многообещающей представляется лишь терапия поведения в самом широком смысле. Поскольку здесь чувство реальности и социальная приспособляемость развиваются в первую очередь посредством постоянных нащупывающих проб — как далеко можно заходить, — то именно здесь принципом терапии и социальной педагогики должно быть поощрение желательного с социальной точки зрения поведения и применение санкций при нежелательном. Вывод: слишком снисходительная позиция имела бы здесь столь же неблагоприятные последствия, как и односторонне репрессивная. Для ряда личностей — гипертимных, вспыльчивых, тщеславных и безвольных — речь идет о корригировании манеры поведения, вызывающей трения с обществом, причем главным здесь являются нынешняя и будущая жизненная ситуация, содействие социальному взгляду на жизнь и развитие конструктивных сдерживающих факторов, тогда как психоаналитический метод, направленный на вскрытие детских переживаний и неосознанных мотивов, как правило, в применении к таким “социопатам” бесполезен, а часто и вреден.

К разделу: АНОМАЛЬНЫЕ РЕАКЦИИ НА СОБЫТИЯ

Понятие (аномальной) реакции на события.
Подпочва, фон. Реакция на внешние события и реакции на внутренние конфликты. Номенклатура.
Основные чувства (тоска, страх, тревога).
Целевые реакции. Личностные реакции.

В своей концепции психопатии, наиболее развернутая критика которой принадлежит ему самому, К.Ш. рассматривает со структурно-аналитической точки зрения вопрос о том, насколько патогенетически действенны факторы, связанные с предрасположением и обусловленные окружающей средой, а также, наряду с событийно-реактивными и психодинамическими, факторы мозговой органики. В его учении о более сверххарактерных реакциях на внешние события и более характерогенных реакциях на внутренние конфликты и личность, включая невротические проявления (см. 50, S.376). акцент делается, в противоположность психопатиям, больше на психологическое развитие (с оговоркой, что и здесь, как в принципе, так и в отдельных случаях, невозможно точно определить соотношение факторов предрасположения и окружающей среды), несмотря на то, что здесь тоже “предрасположенная личность” и конституциональные задатки взаимодействуют в отдельном пациенте в различных пропорциях наряду с индивидуальной биографией и личными конфликтами (“развивающаяся личность”).

По мнению К.Ш., как минимум одна из предпосылок невроза заключается в связанной с предрасположением, но вместе с тем формируемой событиями “энтелехии”. Мнение о том, что не существует врожденных вариантов структуры личности и структуры побуждений, а существуют лишь следствия конфликтов раннего детства и психологически разрешимые, восходящие к раннему детству нарушения психического развития, К.Ш. считает в конечном итоге иллюзией. Предрасположение и переживаемый окружающий мир образуют сферу влияния: предрасположенная личность развивается на основании своих переживаний, которые она отбирает, приобщает, переплавляет в соответствии с их особой ценностью и смыслом. Даже признание предрасположения оставляет еще достаточно места для

биографического аспекта и для успешной психотерапии. Для всей первой группы, то есть для аномальных личностей и аномальной переработки событий, существует, по мнению К.Ш., лишь психотерапевтическое лечение — будь то в форме воспитательного управления или в виде помощи при осмыслении определенного жизненного конфликта. Любое соматическое, особенно медикаментозное, лечение должно применяться здесь лишь в случае необходимости, с осторожностью и в ограниченном количестве, как дополнительная поддержка. При некоторых формах, например психогенных соматических расстройствах или состояниях навязчивости и страха, К.Ш. считает категорически необходимой систематическую психотерапию, способствующую раскрытию и познанию. По-прежнему актуально его замечание о том, что успешной может быть психотерапия любого рода и что успех не является доказательством правильности теоретического направления (114, S.16).

Строгое разделение аномальных и психопатических личностей, с одной стороны, и аномальных реакций на события, с другой стороны, является, таким образом, для К.Ш. ввиду тесной взаимозависимости предрасположения и окружающей человека среды невыполнимым. Особая структура личности, по его мнению, часто создает предпосылку для возникновения психореактивных нарушений в виде реакций на внутренние конфликты и на личность и неврозов. Здесь К.Ш. близок к БЛЕЙЛЕРУ, для которого психореактивные нарушения возникают преимущественно на почве наследственного варианта личности (см. 9). Однако К.Ш. различает более характерогенные, личностно-обусловленные реакции на события с прототипом реакций на внутренние конфликты при неуверенной в себе сенситивной структуре личности и более сверххарактерные и обусловленные средой реакции на события, при которых

особое внимание уделяется внешней судьбе и которые он считает не чем иным, как вариациями переработки событий, отклоняющимися от средней нормы по интенсивности (например, по степени и продолжительности) или также качественно (например, через гипнагогичес-кое галлюцинирование). И реакции на внешние события, и реакции на внутренние конфликты могут указывать на психогенные телесные расстройства и приводить к ситуационно-реактивным проявлениям. В массе своей более характерогенные невротические изменения представляют собой для К.Ш. особый тип аномальных реакций на ситуацию, для которого, как и для всей сферы аномальных личностей и реакций на ситуацию, остается в силе, что “диагноз” является здесь типологическим и многомерным и какое-либо резкое разграничение прегнантных типов невозможно.

Что касается многообразных *типологий* и обозначений, то, принимая во внимание критерии К.Ш. — отсутствие или наличие определенного предрасположения личности, симптоматологию (основные чувства) и генезис, — достигается следующая классификация:

- непосредственные реакции на (актуальное) событие;

- простые изменения в смысле аномальной реакции на продолжительную, осознаваемую конфликтную ситуацию и невротические изменения, при которых играют роль защитные меры в понимании теории психоанализа, а послуживший причиной конфликт или его связь с недугами и расстройствами вытеснены в подсознание;

- и, наконец, целевые реакции (например, реакции, связанные с желанием получать пенсию или с лишением свободы). Среди непосредственных реакций на события различают более сверххарактерные и более ха-

рактерогенные, а дальнейшее подразделение может осуществляться исходя из особого рода *структуры* предрасположенной *личности* при более характерогенных реакциях (например, реакциях ярости и ревности), из реакций на внутренние конфликты и истерических реакций, из параноидных реакций, включая "сенситивный бред отношения" и из симптоматики, *"основных чувств"* при более сверххарактерных депрессивных реакциях, реакциях испуга и страха. При невротических изменениях картину могут характеризовать главным образом психические симптомы (фобии, неврозы страха, невротическая депрессия, неврозы с навязчивыми состояниями), психические и соматические симптомы (невротическая неврастения, ипохондрический невроз, "кардиофобия", невротическая деперсонализация) либо преимущественно соматические симптомы (например, конверсионный невроз и психосоматические заболевания (см. 50, S.275). При использовании в качестве принципа классификации *генезиса* следует учитывать, что под реакцией на отдельное событие должны подразумеваться только непосредственные реакции, тогда как простые и тем более невротические развития несут на себе отпечаток всего жизненного опыта и биографии, которые прокладывают им дорогу, и здесь, как и при характерогенных реакциях на события, важен компонент предрасположенности — в смысле предрасположенной структуры личности. Поскольку при реакциях на события, по мнению К.Ш., не идет речь о болезнях, то и лечение может заключаться, "за исключением самой незначительной помощи, не в медицинской терапии, а лишь в психотерапии".

Одно из важных для психопатологии и все еще недооцененных понятий было создано учением о немотивированной, непережитой, чисто каузально действующей *подпочве,* от которой следует отличать пережитый *фон:* нечто пережитое, хотя и не всегда хранящееся в

памяти, влияет на реакцию на другое событие. Подпочва, больше соответствующая понятию “жизненного основания”, чем “эндогамного основания” LERSCH'A (95), модифицирует не только влияние событий, но и дает депрессивные настроения (“чистая подпочвенная депрессия”), страхи, навязчивые состояния, переживания отчужденности, периоды астенической несостоятельности. Ввиду этой немотивированной, действующей совершенно каузально подпочвы К.Ш. предостерегает от чрезмерного, неограниченного психологизирования и, рассматривая реакции страха, напоминает о том, что бывает также беспричинный страх и вместе с тем, помимо пронизывающего все существо чувства животного страха у страдающих эндогенными депрессиями и того страха, мотив которого пациенту неизвестен или не сознается им (например, при неврозах страха), потерян, “вытеснен” им, — также не имеющий мотива подспудный страх, экзистенциальный страх как присущее человеческому бытию первобытное чувство. Уже в те времена, когда о страхе говорилось и писалось еще не так много, как сегодня, К.Ш. считал гораздо более нуждающимся в объяснении то, что человек почти никогда не испытывает страха, чем то, что он иногда его испытывает. Для подпочвенной депрессии характерны “реактивное выпадение”, не имеющее места при эндогенных циклотимных депрессиях, и слияние произвольно возникающих подпочвенных настроений с реактивными настроениями — в отличие от циклотимной депрессии.

Реакции на внутренние конфликты можно лишь приблизительно разграничить с более внешними реакциями на события, так как они часто разжигаются внешними событиями, которые в качестве “ключевого события” точно находят “ахиллесову пяту”, слабое место в структуре личности и тем самым актуализируют, усиливают и закрепляют внутренний конфликт, суще-

ствовавший уже задолго до того. Ввиду этой “интернализации межличностных конфликтов" (пользуясь психоаналитической терминологией) можно охарактеризовать реакции на внутренние конфликты, которым, согласно К.Ш., прокладывают дорогу общая жизненная ситуация, биография и индивидуальность, как простейшую форму невроза. Обычно внутренние и внешние события или реакции на конфликты тоже нельзя отделить друг от друга, так как всегда важен субъективный вес, значение, которое имеет то или иное событие для данного индивидуума в его конкретной жизненной ситуации, с его конкретной биографией и структурой личности. Поэтому объективно похожие или одинаковые события могут иметь совершенно разный смысл и развивать разные реакции.

К разделу: СЛАБОУМНЫЕ И ИХ ПСИХОЗЫ

Образ поведения и переживания олигофренов с аномальными реакциями, особенно с психореактивными эпизодическими состояниями плохого настроения и возбуждения, при которых мотивирующие события часто трудноуловимы из-за недостаточной речевой выразительности и трудности распознания мотивов, так же как и психозы у олигофренов, в значительной степени диктуются слабоумием. Обозначение *“пфропфшизофрения”* К.Ш. считает спорным, так как такие шизофренические, с психопатологической точки зрения, психозы возникают у олигофренов не на почве слабоумия или — при обусловленных заболеванием формах слабоумия — их соматопатологического субстрата. Однако случается, что, например, при рано благоприобретенном слабоумии — К.Ш. говорит здесь о “врожденной деменции” — полученное в детском или зрелом возрасте повреждение головного мозга, имеющее следствием дефект интеллекта, приводит к психозу, имею-

щему вид шизофрении в значении симптоматической шизофрении. Именно при психозах олигофренов категорически требуют структурно-аналитического, многомерного подхода. С этим связано критическое отношение К.Ш. к понятию “многомерная диагностика”: по его мнению, следует отдавать предпочтение *“структурному анализу”,* так как диагностика должна отделять заменимые факторы от обязательных и одновременно достаточных, и поэтому она по сути одномерна. Методическая сторона таких структурных анализов психозов далеко не всегда ясна (по нашему мнению, еще и сегодня) — например, можно ли многомерно рассматривать причины, условия возникновения психоза или же — его симптоматику, то есть его конкретную форму (Sosein), а не само существование (Dasein).

Решающим для диагностики К.Ш. считает фактор, без которого болезненного состояния *могло бы не быть,* а не тот, без которого его не *было бы.* Ибо с этой точки зрения в конкретном случае, что допускает и К.Ш., все факторы одинаково важны для патогенеза. Чтобы достичь диагноза в собственном смысле, следует отделить мысленно переносимые, заменимые факторы от того фактора, который для данного состояния одновременно и обязателен, и достаточен. Если, например, в патогенетическом плане предположить при циклотимной депрессии, вызванной каким-либо событием, также ситуационно-реактивные факторы, то они менее важны, чем эндогенный фактор, “фактор болезни”: хотя депрессивная фаза в конкретном случае без провоцирующего события *не наступила бы,* во всяком случае в данный момент, однако она *могла бы* наступить и без этого психически-реактивного фактора (но не без эндогенного). Согласно К.Ш., мы должны оценивать факторы, если хотим выйти за рамки наблюдения отдельного случая и прийти к клиническим выводам и какому-то диагнозу. Это значит, что в отдельном случае всегда

следует применять многоусловный способ наблюдения, который при вариациях психической ситуации находится на самом переднем плане, но показан и при эндогенных и соматически обусловленных психозах у отдельных больных.

Кроме того, нередко бывают психиатрические заболевания, которые доступны *только* многоусловной диагностике (это понятие при таких состояниях и К.Ш. признает обоснованным), — например, хронический алкоголизм (алкогольная болезнь) с комбинацией наркомании и затрагивающего мозг заболевания или так называемая пфропфшизофрения с комбинацией олигофрении и шизофрении. Наконец, многофакторный подход к конкретным синдромам и попытка дифференцировать и взвесить различные патогенетические факторы имеют особую ценность при тех типах циклотимии и шизофрении, которые относятся к “эндореактивному полюсу” (42) — например, эндореактивной дистимии (125), шизофреническом типе реакции (105), “ситуационно-обусловленных шизофрениях” (79), а также реактивных или психогенных психозах (93, 107, 117; обзор:16). То же самое относится к депрессивным состояниям, которые обычно причисляются к психогенным депрессиям, например, так называемым депрессиям истощения (76, а также 50, S.304) или вторично анализированным реактивным депрессиям (50, S.I 50). При этом мы должны вместе с К.Ш. снова и снова напоминать себе, что в психопатологической симптоматике бывают переходы между личностями или, точнее, вариациями личности, ее развития, с одной стороны, и ее ситуационно-обусловленными и эндогенными психозами — с другой, и что в таких случаях и стадиях дифференциальный диагноз в пунктуально-обзорном и чисто психопатологическом плане часто невозможен.

<u>К разделу:</u> СТРУКТУРА СОМАТИЧЕСКИ ОБУСЛОВЛЕННЫХ ПСИХОЗОВ

Из анализа структуры соматически обусловленных психозов особое значение приобрели распознавание обязательных и факультативных симптомов, инициированных и симптоматических шизофрении и циклотимий и описание прегнантных типов органических изменений личности К.Шнайдером. И хотя по мнению К.Ш., соматически объяснимые психозы по своему внешнему виду, как правило, отличаются от эндогенных психозов, но существуют и пересечения, то есть симптоматические шизофрении и, как показал WEITBRECHT, также симптоматические циклотимии. Все шизофренические в психопатологическом смысле симптомы наблюдаются также при известных, поддающихся определению заболеваниях головного мозга, особенно при эпилепсиях и некоторых интоксикациях и энцефалитах. Также некоторые угрожающие жизни кататонии, которые с психопатологической точки зрения иногда нельзя дифференцировать от идиопатических шизофрении, определенно можно интерпретировать, как констатирует К.Ш. со ссылкой нагей-дельбергские исследования (34,39), как соматически объяснимые, например энцефалитические психозы. Такие психозы тоже нередко имеют нехарактерные, неврозо- или психопатоподобные дебюты, при которых постановка диагноза невозможна без тщательного сбора и изучения психопатологических и соматических данных. Не только между эндогенными, но и между соматически объяснимыми психозами и личностями в симптоматике существуют переходы, прежде всего в дебюте психоза и при мягком течении; в этой зоне пересечений существует “общность проявлений” (127; см. также 36, S. 199,219) — феноменологическая идентичность между психосиндромами при ситуационно-реактивных и пси-

хопатических расстройствах личности, с одной стороны, и заболеваниями головного мозга и эндогенными психозами — с другой.

В отношении терминологии со времен экзогенных типов реакции BONHOEFFER'а наряду с "соматически обусловленными психозами" закрепились как синонимы обозначения "органические психозы", "экзогенные психозы", "симптоматические психозы", "соматогенные психозы" или же "органические психосиндромы" — для всей группы психозов, которые можно объяснить сегодня уже постижимыми, поддающимися определению прямыми или косвенными заболеваниями головного мозга. Шнайдеровские сомнения в отношении понятия "многомерная диагностика" оправданны и здесь, поскольку психоза не могло бы быть без фактора мозговой органики, если этот фактор в конкретном случае и как правило не является единственным условием возникновения психоза. В относительно частых случаях клиническая картина болезни исчерпывается повышенной эмоциональной возбудимостью и лабильностью и часто субъективными жалобами на недостаток концентрации, аномальную утомляемость в сочетании с вегетативными нарушениями и может рассматриваться как самая легкая степень проявления органических изменений личности. Намного реже, чем органические изменения личности и псевдоневрастенический синдром, встречается настоящая деменция со значительным интеллектуальным и мнестическим упадком и потерей знания об этих утратах знаний и навыков, то есть с неспособностью иметь ясное представление о самом себе и ощущать свои дефекты. Лишь меньшинство хронических психозов на соматической основе протекает прогредиентно вплоть до деменции (см. 45, 50, S.63). Значительное большинство относящихся сюда прямых и косвенных заболеваний головного мозга демонстрирует хотя и необратимые, но мало или

умеренно проявляющиеся стойкие органические психосиндромы типа органического изменения личности или псевдоневрастенического синдрома с колебаниями и улучшениями, компенсациями, декомпенсациями и рекомпенсациями в зависимости от психических и окружающих условий. Даже необратимые по сути органические психосиндромы представляют собой сложное динамическое явление; успехи и самочувствие таких больных, как заметил еще К.Ш., в значительной степени подвержены колебаниям, влиянию ситуации и чувствительны к конфликтам и нагрузкам (см. 45, 54, 81).

Почти все симптомы и синдромы, описываемые при хронических соматически объяснимых психозах, могут встречаться и в рамках обратимых органических психосиндромов. Это значит, что психосиндромы, которые выглядят необратимыми, могут инволюционировать, и что картина психопатологического разреза не позволяет уверенно высказываться относительно *обратимости* или необратимости. Например, *корсаковский синдром* встречается как обратимый переходный синдром и как неисправимое дефектное состояние — с неразличимой симптоматикой. На основании наблюдений прогрессивного паралича и других определимых заболеваний головного мозга WEITBRECHT (122) и BRONISCH (13) говорили об обратимой и острой деменции, HUBER (45) — о “дементивных переходных синдромах”. Однако с научной, практико-терапевтической и социальной точек зрения представляется спорным наблюдающееся в последнее время расширение понятия деменции, распространение его и на менее ярко выраженные (органическое изменение личности, псевдоневрастенический синдром) и способные к инволюции психосиндромы (переходный синдром), к тому же часто сочетающееся с тенденцией нозологически неверного понимания психопатологического понятия “деменция” (см.58,81).

Мнение К.Ш. о том, что при *эпилепсии* ни в одном клиническом пункте не содержится аналогии с шизофрениями, благодаря последним исследованиям было подвергнуто сомнению. Этому не противоречит то, что как обратимые (переходные синдромы и помрачение сознания), так и необратимые (органическое изменение личности и деменция) ведущие или осевые синдромы эпилепсии соответствуют таким же синдромам соматически объяснимых психозов, и в разработках шизофренические картины должны рассматриваться с тех же позиций. Шизофренический синдром, как подтверждают прежние и новейшие наблюдения при определимых мозговых заболеваниях, тоже можно отнести к неспецифическим органическим типам реакции (1, 54, 60,126). Общий шизофренический репертуар может встречаться, что в принципе признал уже К.Ш., и в рамках соматически обусловленных психозов — в эпизодических и, хотя и реже, хронических манифестациях. В клинико-электроэнцефалографических исследованиях корреляций при эпилептических психозах и шизофрениях, включающих также аспекты динамики течения, скоропреходящей фазе течения соответствуют совпадающие с сильной процессуальной активностью определенные изменения ЭЭГ (в частности, тета- и дельта-паренритмии — см.64,101). Симптоматические шизофрении с параноидно-галлюцинаторными и психосиндромами, которые совпадают с определенными стадиями коэнестетического типа шизофрении, в том числе и все перечисленные К.Ш. симптомы 1-го и 2-го рангов (46, 66, 80), наблюдались, как и хронические симптоматические шизофрении, в первую очередь при психомоторных или височнодолевых эпилепсиях (116; см. также 46, 80). Объяснение того факта. что психопатологически шизофренические психозы гораздо чаше встречаются в идиопатическом, чем симптоматическом виде, следует искать в том, что определенные условия

для их манифестации при определимых мозговых заболеваниях, а также при эпилепсиях выполняются редко. Последние данные говорят в пользу того, что при этом имеет значение лимбическая система в широком смысле, особенно гиппокамп, миндалина и гипоталамус (см. 12, 56). Можно доказать феноменологическую идентичность симптоматических и идиопатических шизофрений для отдельных феноменов продуктивных психозов, но также для базисных симптомов, определенных Боннской шкалой оценки базисных симптомов (BSABS) (22, 120). *Постулат соматоза,* которого рекомендовал придерживаться К.Ш., сегодня подкреплен лучше, чем в 60-е годы. Так, в отношении расстройства переработки информации, занимающего центральное место в новейших гипотезах о шизофрении (см. 63,119), имеются косвенные данные, позволяющие предположить, что базисные шизофренические симптомы можно вывести из нарушения фильтрации раздражения и декодирования и что предположение расстройства переработки информации можно распространить и на некоторые эпизодические и пароксизмальные психосиндромы при психомоторных эпилепсиях. Список феноменов ауры, которые наблюдал WIESER при стереоэлектроэнцефалографических глубинных выведениях, читается как каталог базисных шизофренических симптомов, описанных в системе независимой оценки Боннской шкалы (см.80).

К разделу: ЦИКЛОТИМИЯ И ШИЗОФРЕНИЯ

I. *Психопатологическая диагностика. Понятие и клинические формы эндогенных психозов. Состояние и течение.*

Эта “шестая часть” “Клинической психопатологии” называлась раньше “Данные психиатрического обсле-

дования и психиатрический диагноз". Некоторые из обсуждаемых здесь вопросов психопатологической диагностики и понятия эндогенных психозов были подняты уже в первой статье. Семь статей "Клинической психопатологии", как писал К.Ш. в предисловии к 3-ему изданию, системно взаимосвязаны и зондируют всю психиатрию в целом. В шестой статье речь идет о психопатологической феноменологии и диагностике циклотимий и шизофрении. Здесь еще больше, чем в других статьях, обнаруживается, что многие темы находят свое продолжение в нескольких местах и "в конечном итоге всё взаимосвязано".

Циклотштая депрессия, согласно К.Ш., является наиболее рано разграничимой, а также наиболее прогностически-надежной формой среди эндогенных психозов. При физических типах с чувством и сознанием болезни, которые характеризовались также как вегетативная или коэнестетическая, а в последнее время — часто как "ларвированная депрессия" (см. 50, S.I 25), диагностика может не только ориентироваться на повсеместно распространенные витальные неприятные чувства и вегетативные расстройства, но и должна обнаруживать "психический ореол", депрессивное расстройство настроения и торможение. Замечание К.Ш. о том, что этот физический тип циклотимной депрессии все еще слишком редко распознается, но, с другой стороны, слишком часто предполагается, остается между тем, после того как название "ларвированная (маскированная) депрессия" проложило "широкую дорогу заблуждениям", по-прежнему актуальным. К.Ш. подчеркивает, что ни один симптом циклотимии не является обязательным или типичным для нее и что у циклотимии нет симптомов 1-го ранга. Это относится и к витальному характеру расстройства настроения, который наблюдается также вторично как следствие реактивной тоски (см. 50, S.149), и к "чувству бесчувствия".

Так как это “чувство бесчувствия” проявляется и при мягких циклотимных депрессиях, иногда в качестве раннего признака, справедливо предположить, что здесь отсутствует объяснимая связь между депрессивным настроением и утратой чувств в отношении других людей или вещей, но “эта безжизненность, эта потеря чувства оценки других, эта утрата эмоций имеют причиной сам процесс болезни”.

Типологическое подразделение *шизофрении,* по мнению К.Ш.. едва ли еще имеет глубокий смысл. Более статичные традиционные концепции шизофрении, как показали боннские и гейдельбергские исследования течения болезни, не в состоянии справиться с многообразием и переменчивостью форм течения (38, 63, 69). Классические *подформы,* а также коэнестетический тип не позволяют какого-либо членения на отдельные типы, постоянные в общем течении. По результатам долговременных исследований, они могут быть не более чем типологическим обзорным описанием непостоянного разнообразия форм течения (41, 42, 69). Синдромы переходят друг в друга, комбинируются и выявляются в ходе отдельных случаев болезни последовательно или в многократном чередовании. Большинство шизофрении проходит, как правило, через параноидно-галлюцинаторную начальную стадию, длящуюся от нескольких месяцев до нескольких лет, и обнаруживает в дальнейшем течении наряду с параноидно-галлюцинаторными также кататонические, гебефренически окрашенные и коэнестетические эпизоды или стадии и более или менее нехарактерные астенические базисные стадии и чистые дефектные синдромы — в виде коротких или длительных периодов или устойчиво.

Если посмотреть на общий ход болезни в течение десятилетий, то лишь в меньшинстве случаев можно распознать ведущее симптомообразование, которое

делает возможным отнесение к одному из прегнантных типов по принципу “nominatio fit a potion”. Подформы представляют сегодня интерес лишь с дидактической точки зрения, а также — как типологическое обзорное описание — для ориентирования психофармакотерапии в психопатологическом целевом синдроме (см. 50, S.242, 369, 373). Для прогностики имеет значение, что первоначальное доминирование гебефренической симптоматики, особенно у женщин, неблагоприятно, тогда как кататонические и депрессивные картины дебюта благоприятны. На вопрос К.Ш., были ли кататонические дефектные типы, *“старые кататоники”,* первоначально молодыми кататониками, можно с помощью исследований WIESLOCH'а ответить в том смысле, что едва ли когда-либо речь могла идти о первоначально острых и шубообразных кататониях, протекающих с бессимптомными интервалами, с психомоторным гипер- или гипокинезом. Кататонические расстройства возникали обычно на 2-й — 5-й год болезни после параноидно-галлюцинаторной начальной стадии, и течение в подавляющем большинстве случаев (80%) не имело вида фаз или сдвигов, а с самого начала было односторонне-прогредиентным без ремиссий (38, S.48).

Новейшие долговременные исследования поставили под сомнение правило КРЕПЕЛИНА и показали, что долгосрочный прогноз шизофрении не столь неблагоприятен (10, 63), а моно- и биполярных аффективных психозов — не столь благоприятен (2, 59), как это до сих пор предполагалось. Исследования течения болезни поддерживают также скепсис К.Ш. в отношении возможности типологического подразделения шизофрении (63, 69). Они показали, что более или менее нехарактерные стойкие *базисные стадии* (чистые остаточные явления, чистый дефект — 38,41, 63) с учетом материалов авторитетных наблюдений экстрамуральных шизофрений, которые больше не лечатся врачами или

психиатрами, встречаются чаще, чем типично шизофренические изменения личности Долговременные исследования и наблюдения при дебютирующих шизофрениях (15), посвященные *форпост-синдромам* и *продромам,* предшествующим первым психотическим манифестациям (21, 41, 63), а также изучение психозов *шизоаффект- тивной промежуточной области* (72; см. также 3, 27, 90), названных К.Ш. промежуточными случаями (см. 96), имели результатом возврат к концепции единого психоза (106), а также к почти забытому современной психиатрией *закону слоев* Ясперса (24; см. также 50. S.34, 148), который в психопатологической диагностике К.Ш. может применяться неограниченно. Поскольку, например, депрессивные симптомы и синдромы при наличии шизофренических симптомов, особенно 1-го ранга, не являются исключительным критерием, то шизофрения остается шизофренией и тогда, когда одновременно с шизофреническими встречаются и аффективные синдромы или в ходе болезни происходит смена синдромов — от шизофренического к циклотимному, то есть наблюдаются эндоморфно-депрессивные фазы, после которых раньше имели место однозначно шизофренические манифестации (12% в боннских исследованиях — см.25).

Уже К.Ш. упоминал больных, которые "переживают многочисленные неприятные физические ощущения и боли", при которых существенным и первичным симптомообразованием являются не ипохондрическая неправильная установка или ипохондрический бред, а качественно однородные, тесно связанные с аффективными изменениями и центрально-вегетативными, моторными и сенсорными явлениями расстройства физических чувств, в то время как продуктивно-психотические шизофренические симптомы встречаются лишь в кратковременных обострениях после многолетних нехарактерных продромов (см.36, 37, 43). Не-

характерные периоды течения при этой коэнестетической шизофрении преобладают над типично шизофреническими стадиями, которые, впрочем, и при преобладающем большинстве других шизофрении в длительном течении отходят на задний план по сравнению с более или менее нехарактерными базисными стадиями (63; см. также 30). С помощью типов простой, кататонической, параноидной и галлюцинаторной форм едва ли можно удовлетворительно осмыслить *шизофренические дефекты и постоянные формы.* Ввиду богатства форм и отсутствия единообразия для характеристики психопатологических исходов шизофренических заболеваний, согласно последним данным, не могут считаться достаточными общие и/или исключительно приблизительные количественные разграничения — например, “дефект” и “деменция”, легкий и тяжелый дефект или конечное состояние (9, 10, 11). Обобщенное понятие так называемого шизофренического дефекта было дифференцировано в ряд прегнантных типов; при этом новым методом стало выделение более или менее нехарактерных типов ремиссии в значении астенического или *чистого дефекта* (36, 38, 41), постпсихотических устойчивых базисных стадий (см. 41, 53, 120) — понятие, которое является почти синонимом динамической недостаточности (67, 69) и снижения психического энергетического потенциала (15). В исследованных Шнайдером случаях шизофрении после более чем двадцати лет болезни наряду с 22% случаев с полной психопатологической ремиссией обнаруживалось 40% с более или менее нехарактерными устойчивыми базисными стадиями (“чистый дефект”) и 35% с характерными шизофреническими дефектными синдромами или хроническими устойчивыми психозами (63, S.97).

Когда К.Ш., излагая отдельные психические функции и состояния, напоминает о том, что рассмотрение

отдельных симптомов оправдано лишь относительно, и что психоз всегда представляет собой общее изменение, это не противоречит тому, что заболевший шизофренией “может противопоставить себя психозу и как личность”, из чего проистекают, например, суицидальные действия, корни которых находятся в экстрапсихотической сфере, “в том, что еще осталось здоровым во время психоза и наряду с ним”. Для продуктивных психозов в узком смысле пересмотренного понятия психоза (70) имеет силу констатация, что галлюцинаторные, а также другие продуктивно-психотические способы переживания без “общего изменения личности” редко можно оценивать как психотические, тем более шизофренические. Однако нередко больной может также интрапсихотически (35,36) и очень часто — в пред- и постпсихотических базисных стадиях воспринимать свои симптомы и свою *базисную неполноценность* как неполноценность и нарушения, более или менее критически дистанцироваться от них и разрабатывать стратегию их преодоления и предупреждения. К базисным стадиям в еще большей степени, чем к острым психозам, относится то, что заболевший может противопоставлять себя как личность когнитивной и динамической базисной неполноценности и преодолевать ее тем успешнее, чем незначительнее эндогенная “процессуальная активность”, и что наблюдаемую картину определяют также исходная личность, биография и межиндивидуальные переменные способы реакции, попытки защиты и компенсации. Концепция базисных симптомов и базисных стадий, подкрепленная также экспериментально-психологическими данными. позволяет толковать определенные явления эндогенных психозов действительно как “симптом”, то есть указание на болезненные процессы (41, 53, 56, 63, 64,119, 120). К.Ш. тоже считает, что клиническая психопатология не может отказаться от понятий *“симптом”* и *“диагноз”,*

даже если его симптомы 1-го ранга означают лишь характерную, снова и снова обнаруживаемую черту (признак) некой структуры "состояние — течение", которая подразумевается в сугубо психопатологическом плане. Между тем были приведены многочисленные указания на то, что существуют также неврологически-психопатологические переходные симптомы (36, S.I 84) — так называемые околосубстратные базисные симптомы (42), которые ближе к предлагаемому соматическому субстрату, чем сформировавшиеся шизофренические надстроечные и конечные явления, которые согласно этому толкованию вытекают лишь из слияния базисных симптомов с "антропологической матрицей" (126). С помощью описательно-феноменологического метода К.Ш. можно обнаружить базисную неполноценность, которая ближе к соматическому субстрату, чем типичные с точки зрения традиционных учений о шизофрении и диагностически важные, обычно высококомплексные шизофренические конечные феномены. *Концепция базисных нарушений* принимает во внимание, что описываемые пациентами способы переживания всегда находятся в русле не только психотических, но и биографических событий и ситуаций, самой личности. Разработанное в рамках этой концепции новое учение о симптомах при шизофрении (22, 53; см. также 88, 89) показывает, по нашему мнению, что для клинической психопатологии и аналитико-описательного метода по-прежнему остается в силе то, что К.Ш написал в 1946 году (111, S.71): "Несомненно, задача психопатологии еще далеко не выполнена, перед ней еще лежит широкое поле деятельности". При этом дескриптивно-феноменологическая психопатология К.Ш. может ссылаться на эмпиризм, который и в отношении психических феноменов должен быть исходным пунктом исследований и пробным камнем для их результатов. *Феноменология в* узком смысле — приведение к

данности способов переживания, психических состояний и качеств и описание того, что встречается в самохарактеристиках и проявлении — для К.Ш. опережает любой генез: именно при описании базисных симптомов и наглядном их объяснении с помощью типичных самохарактеристик психопатолог должен оставлять без ярлыка то, что не подходит под его определения. Подведение наблюдаемых явлений под понятия симптоматики, сопоставление с как можно более точными специальными терминами является для него чем-то второстепенным. Напоминание К.Ш. о том, что ни динамику, ни генез нельзя исследовать до того, как будет установлен сам факт (113, S.7), означает, что психопатолог прежде всего и главным образом описывает то, что он видит, что встречает в самохарактеристиках пациентов. Тщательное описание явлений — это для К.Ш., как и для RUMKE (108), "начало всякой науки"; при этом психопатолог должен не "поспешно втискивать его в заимствованные шаблоны, а использовать все богатство живого языка для образных характеристик". В таком случае это трудная задача: с одной стороны, оставлять без ярлыка то, что не подходит под определения, а с другой — прилагать все усилия к тому, чтобы сопоставлять увиденное с как можно более точными специальными терминами, дифференцировать и устанавливать понятия таким образом, чтобы они становились "более определенными и менее подверженными произволу в употреблении, чем до сих пор". Даже если нам почти везде в клинической психопатологии известны непрерывные ряды переходов — например, от навязчивых к бредовым способам переживания (см. 61,62), от нехарактерных базисных симптомов 1-й ступени к более или менее характерным базисным симптомам 2-й ступени и в конце концов к типично психотическим бредовым и галлюцинаторным способам переживания (например, от диагностически нейтральных ипохондриз-

мов через качественно самобытные коэнестезии к переживаниям физического воздействия и наоборот — 36,37,53,61), — и понятийно разъединенное в психопатологической симптоматике связано внутри- и межиндивидуальными переходами, то все же психопатология должна пытаться проводить ясные понятийные разграничения (“Познание приходит через разграничение” — 73), не ожидая, однако, что с помощью этих усилий всегда можно “получить однозначный ответ” и “принять решение в каждом конкретном случае”.

II. *Система общей психопатологии. Нарушения видов, основных свойств и содержания переживания: восприятие, мышление (навязчивые состояния и бред), чувствование, стремление и желание; переживание своего Я, память, способность к душевной реакции; сознание, интеллект. Выражение.*

Новая формулировка нарушений Я и их разграничение с переживаниями отчужденности, а особенно теория бреда К.Ш. относятся к основным позициям его клинической психопатологии, которая. по словам WEITBRECHT'а, смогла проявить внутреннюю силу, устанавливающую и проясняющую понятия, и создать основной психопатологический каркас для клиники (123,48, 52). Его формулировка понятий бреда и различных бредовых явлений по-прежнему является исходным пунктом психопатологического исследования. тогда как разграничение шизофренических нарушений переживания своего Я (связи с понятием “мое”) с *переживаниями деперсонализации и дереализации,* имеющими характер завуалированности, отдаленности, нереальности, все еще мало принимается во внимание. Даже при блейлеровском основном шизофреническом симптоме деперсонализации часто бывает неясно, подразумевается ли нарушение связи с понятием “мое” или

простые переживания отчужденности. Конечно, и при шизофрении наблюдаются — в начале или позже — переживания отчужденности как особый тип коэнестезий, ощущения онемения, одеревенелости, странности, с переходами от “соматической деперсонализации” через “синдром автоматизма” (37) к типично шизофреническим нарушениям Я-переживаний, которые, по мнению К.Ш., являются симптомами l-го ранга (см. 50, S.I 84, 311). Несмотря на существование этих переходных явлений, переживания отчужденности без критерия искусственности диагностически нейтральны и встречаются как при шизофрениях и в эндогенных ювенильно-астенических состояниях истощения (20), так и при эндогенных депрессиях, при невротических и психопатических развитиях, а иногда и у здоровых людей — например, при усталости. При *навязчивых состояниях,* когда навязчивость, нелепость, торжество и странность разыгрываются внутри Я, связь с понятием “мое” тоже не нарушена: “Навязчивое состояние остается моим навязчивым состоянием”.

Разграничение настоящих *бредовых восприятий с* более частыми эндогенными параноидными реакциями, отсутствие особой структуры *бредовой фантазии,* при котором часто отказывает даже критерий психологической невыводимости, относятся для К.Ш. к трудностям проблемы бреда. При дифференцировании формы (способа существования) и темы (содержания) того или иного шизофренического психоза мы определенно соглашаемся с тем, что внутри бредообразования многое уже психологически объяснимо даже с помощью метода генетического понимания (73), и в терапевтическом плане следует пытаться “загнать понимание как можно дальше в бред” (см. E.KRETSCHMER 92; см. также 35,61). Однако в конечном итоге, по мнению К.Ш., мы наталкиваемся на стену — на психологически неразрешимое и не поддающееся дальнейшему объяснению первичное

переживание. В то время как, например, в бредовых восприятиях более подробную конкретизацию можно понимать как выражение определяемой индивидуально-типичным опытом тенденции к “бредовой работе” (см. 61), к “восстановлению структурного порядка и равновесия” (77), можно выделить дескриптивно-аналитические околосубстратные базисные симптомы, например, “регрессию в субъективном центризме птолемеевской ориентации”, которой у исследователя соответствует “неправдоподобность отношения”, непонятность установления связи между процессом восприятия и относящимся к Я значением (см. 15, 61). Уловимая в феноменальной сфере познавательная базисная неполноценность с нивелированием вероятностей реакции и толкования, в свою очередь, может гипотетически в транс- и предфеноменальной сфере объясняться частичным распадом привычных иерархий, нарушением в каком-то определенном месте переработки информации (61, 63, S.144, 119). Предположение качественно аномальных симптомов, например, бредового восприятия и других аномальных способов переживания 1-го ранга, и доказательство К.Ш. и его учениками существования нетипичных для шизофрении (с точки зрения традиционной теории шизофрении), но при ближайшем рассмотрении уже более или менее характерных, хотя и не специфичных, базисных симптомов очень близки к точке зрения Rumke (108), согласно которой шизофрения является проблемой формы, а не содержания: в конкретном случае шизофрении на основе биографии и личности можно понять тему, но не способ существования (форму) темы, не говоря уже о том, что существование психоза в генетическом понимании (так называемая методологическая диагностика) психологически неуловимо, из чего следует “нарушение смысловой непрерывности жизненного развития”. Вместе с ним, по мнению К.Ш., принципиально беспереходное

отделение шизофренических психозов и вариаций позволяют произвести некоторые качественно аномальные симптомы, например способы переживания 1-го ранга.

Метод генетического понимания (К.ЯСПЕРС) и основанная на нем “методологическая диагностика” эндогенных психозов (из невозможности понять состояние делается заключение о его сущности) часто подвергались критике (см. 99; см. также 6, 7, 8, 19, 48, 50, 51, 77). При этом делались ссылки на субъективность критерия, зависимость от способности вчувствования и социокультурных норм исследователя. Однако генетическое понимание остается необходимым систематизационным методом клинической психопатологии, и здесь, особенно (но не только) в начальных диагностических ситуациях (6,51), его невозможно заменить *другими* способами понимания в широком смысле слова, герменевтическими, конструктивно-проектирующими интерпретациями (см. 49). Тем не менее при психозах, темы которых продиктованы переживаниями и на их основе поддаются анализу и в значительной степени — пониманию, для К.Ш. тоже не существует какой-либо сплошной границы понимания. Каждый психоз, будь то эндогенный или соматически обусловленный, имеет, по его мнению, свои “реактивные черты”. Душевные реакции на переживание болезни встречаются гораздо чаще, а свобода действий, способность к ответственности. к ясному представлению о самом себе и самопознанию и вытекающие отсюда стратегии самопомощи (попытки преодоления, “coping behaviour” — 119, 120; см. также 41, 53, 63) более существенны для формообразования психоза, чем это предполагалось традиционной психиатрией и, в частности, такими направлениями, как анализ бытия, которые хотят постичь психоз как комплексное изменение личности, как полное преобразование существования-в-мире (8). Заболевший

шизофренией может еще во время обострения и в еще гораздо большем объеме — в пред- и постпсихотических базисных стадиях воспринимать динамическую и когнитивную неполноценность как таковую, критически анализировать ее и пытаться ее преодолеть с помощью разнообразных стратегий предотвращения и технических приемов существования. При симптоме 1-го ранга — бредовом восприятии — можно было уже по этому явлению с помощью шнайдеровской психопатологии доказать наличие какого-то психогенного компонента, связанного с биографией и личностью (61, S.I 00). "Теорема Ясперса" хотя и может иметь, но не обязательно имеет отрицательные стороны для практической и научной психиатрии, на которые ссылается V.BAEYER (6): больной не "признаётся раз и навсегда недоступным для понимания", и это затрудняет или даже делает невозможным терапевтическое общение с ним и исследование его биографии. Однако клиническая психопатология с помощью некоторых расстройств переживания, обнаруживаемых ею, "околосубстратных базисных симптомов" (41, 119), может обеспечивать отправные точки для биологической теории шизофрении, которая полностью совместима с многоусловным способом рас-суждений и которая знает и признаёт в значительной степени поддающиеся пониманию взаимосвязи между психозом и биографией. В шизофренических психозах болезнь "имеет дело" с экстра- и предпсихотическим материалом и транспонирует в психотическое подготовленные таким образом биографические стремления, конфликты и стечения обстоятельств. Заостренная краткая формулировка К.Ш.: там, где действительно есть бред, прекращается характерное понимание, а там, где можно понять, нет бреда (113, S.26), — была поставлена под сомнение уже им самим: психоз и бред означают не то, что понима-

ние в принципе невозможно, а скорее то. что здесь существует *граница* психологического понимания.

То, что и при эндогенных, и при соматически объяснимых психозах существуют *переходы в психопатологической силтоматике,* не раз подчеркивается К.Ш. в его учебном пособии. Симптоматика может долгое время и даже постоянно в такой сильной степени определяться личностью и присущими ей способами переживания и реакции, что психоз не воспринимается как что-то другое и новое. Описанные в продольных исследованиях больных бредом серии переходов от параноидных реакций, кажущихся понятными в характерогенно-ситуационном плане, вплоть до несомненных бредовых восприятий показывают, что феноменальными “для нашего клинического взгляда” бывают неотделимые переходы от непсихотического и понятного к психотическому и явно бредовому (61). Переходы в психопатологической симптоматике были обнаружены также в результате исследований течения болезни при коэнес-тетических шизофрениях (36, 37). Даже если психотические проявления не могут быть истолкованы “прямолинейно и упрощенно как непосредственные следствия болезни”, просто как эпифеномены того или иного патофизиологического мозгового процесса, тем не менее в отношении понятия *“симптом”* не следует предполагать никакой принципиальной разницы между эндогенными и соматически обусловленными психозами: там тоже психотические проявления, например, делирантный или корсаковский синдром, нельзя “прямолинейно и упрощенно” понимать как непосредственные следствие болезни. И в делирии многие черты ситуационно-реактивны, галлюцинации и бред имеют свои биографическо-психогенные компоненты, что становится тем явственнее, чем больше отходит на задний план помрачение сознания, например в параноидно-галлюцинаторных переходных синдромах (128;

см. 50, S.45, 50). Темы бреда и галлюцинаций и здесь можно понять из личной биографии, но не то, что больной вообще имеет шизофренические явления, обнаруженные, например, при эпилепсиях и энцефалитах (1,39,66).

Часто критикуемый из-за его субъективности критерий бредового восприятия — непонятность связи с Я процессов восприятия — становится более очевидным благодаря “распространению на многочисленный контингент” и слишком непрямому, зашифрованному способу, “сверхизощренной сложности” установления связей (15,61). Если распространение отсутствует и бред ограничивается непосредственным индивидуальным окружением, то применение критерия понимания становится проблематичным особенно потому, что в бредовых восприятиях в подавляющем большинстве случаев поведение и высказывания окружающих переживаются в связи со своим Я (61). В отличие от связи со своей персоной, которая рассматривается как обусловленная болезнью, касающаяся когнитивных результатов базисная неполноценность, более подробные конкретизации последних ступеней бредового восприятия являются выражением неморбогенной, присущей личности “бредовой работы”; на это указывает, в частности, диссоциация корректирующей способности в отношении связи со своей персоной и конкретного значения: конкретизации, подобно заблуждениям здоровых людей, поддаются исправлению, тенденция же к связи с собственной персоной — только в том случае, если при спаде активности процесса отпадает обосновывающее базисное нарушение (61, S.I 13). То же самое относится к другим продуктивно-психотическим феноменам в стадиях, которые характеризуются “динамическим непостоянством” (67) и явно выраженными внутрииндивидуальными колебаниями (53,61).

Возможности и границы клинической психопатологии К.Ш. были показаны KONRAD'ом (15), JANZARIK'ом (66, 67), MATUSSEK'ом (99) и HUBER'ом и GROSS (35,40, 61) на примере *исследования бреда.* Несомненные *бредовые восприятия* в понимании К.Ш. более редки, чем *“имеющие эндогенную основу параноидные реакции”* (см. также 61, S.101). Лонгитюдные исследования, показавшие быструю последовательность и приблизительно одновременное и альтернирующее наступление параноидных реакций на эндогенной основе и бредовых восприятии 2-й и 3-й ступени во время психотической фазы, говорят о том, что в основе простых связей с собственной персоной, имеющих повод, лежит то же формальное или базисное нарушение, что и при настоящих бредовых восприятиях (см. 61, S.I 17). Собственно “бредовая функция” — связь со своей персоной и связанная с ней бредовая уверенность — соответствует морбогенным колебаниям основных динамических стечении обстоятельств (67, 68; см. также 61). Напротив, устойчивым бредовым переживаниям ложных представлений и в относительно неактивных стадиях, независимо от основного стечения обстоятельств динамического непостоянства, может быть придан какой-то определенный, конкретный смысл путем вторичных по времени актуализаций, которые можно понять как проявления “бредовой работы”. Во многих случаях 2-я и 3-я ступени бредового восприятия (15, 61) следуют друг за другом: после стадии простого отнесения к своему Я, переживаемой почти всегда синхронно с процессом бредового восприятия, спустя какой-то интервал времени, длящийся от нескольких секунд до нескольких недель, возникает определенный, конкретный смысл. В других случаях — с совпадением по времени отнесения к своему Я и конкретного смысла — дифференцирование 2-й и 3-й ступеней невозможно. Вопрос о том, существуют ли “обоснованные восприятием бре-

довые восприятия”, характеризуемые физиономическим характером, доминированием каких-то свойств, рыхлостью поля восприятия, жесткостью восприятия и “сковыванием деталями восприятия”, был исследован MATUSSEK'OM, KONRAD'OM, JANZARJK'OM, HUBER'OM и GROSS. Повышенное сцепление с окружающим миром с “разнуздыванием импрессивного способа восприятия”, по мнению Janzarik'a, наличествует уже в динамической экспансии. У части больных шизофренией с бредовым неузнаванием людей обнаруживается, что оно основано на перцептуальном изменении в оптической области (23, 99; см. также 61, S.132).

Исследования течения болезни заставляют подвергнуть сомнению взгляд об абсолютной достоверности и некоррегируемости бреда: их наличие говорит в пользу шизофренической бредовой болезни, но их отсутствие в определенных стадиях не свидетельствует об обратном (35, 40). Часто можно различить последовательность чувственных подготовительных полей (см. также 35) и предполей с еще сильной колеблющейся степенью достоверности, бредовой уверенностью в реальности и (вторичным) суждением о реальности, которое может быть положительным, отрицательным и колеблющимся. Во второй стадии может возникнуть устойчивость и фиксация уверенности и положительное (патологическое) суждение о реальности, а также — в течение периода от нескольких дней до нескольких лет — снижение сознания достоверности вплоть до частичной или полной критической коррекции (61, 113). Также и при галлюцинациях, где подготовительное поле чаще отсутствует, можно наблюдать последовательность непосредственной уверенности в реальности и наступающей спустя несколько минут или недель способности к критическому дистанцированию, как это бывает при переживаниях физического воздействия как отказе от внешней проекции на простые коэнестезии

(36, S.I 94). Особенно хорошо прослеживаются колебания сознания достоверности при трех степенях бредового восприятия а также при бредовом неузнавании людей. Если не принимать во внимание систематического и фиксированного параноического бреда, зависящего от относящихся к личности компонентов деформации структуры (67,68, 70), то абсолютная уверенность в реальности и невозможность коррекции обнаруживаются только в статистике психотических актуализаций и ложных представлений в стадии становления, а в остальном — градации сознания от “молчания по внешним причинам” через снижение значения чувств и цены реальности вплоть до объективирующей коррекции и разрешения (113, S.45).

Вопреки прежним предположениям о том, что *значение реальности при бреде* тем меньше, чем сильнее бредовая уверенность и бредовая наполненность, новые исследования показывают, что заметное для окружающих воздействие бреда на внешнее поведение, если не принимать во внимание относительно редких хронических бредовых состояний “с двойной бухгалтерией”, как правило, соответствует степени бредовой уверенности, и в активных, продуктивно-психотических фазах его почти всегда (88%) можно доказать как необычные, мотивированные бредом способы поведения и реакции. При этом наиболее частыми прегнантными типами являются оборона и самозащита, словесная полемика с преследователями, поиск защиты у других, бегство и перемена местожительства, реже — серьезные последствия, например, агрессивные действия, направленные на себя или других (см. 61,S.60). Мотивированные бредом странности поведения показывают также, что бред у больных шизофренией часто направлен на индивидуальное окружение и таким образом не позволяет провести разграничение с “экзогенным параноидно-галлюцинаторным синдромом” (102).

Для психопатологии Ясперса-Шнайдера с самого начала (что часто упускается из виду) было характерно сочетание *феноменологии* и *понимающей психопатологии,* аналитико-описательного метода с методом генетического понимания (см. 55, 73, 113, 114). Чересчур объективирующая психиатрия Крепелина была побеждена предложенной Ясперсом и К.Шнайдером феноменологией, нацеленной на переживания и способ переживания. Она направлена на выяснение развития переживаний, движения и причинных связей психической сферы с помощью интроспекции со стороны пациента, статического и генетического вчувствования со стороны исследователя. Поскольку клиническая психопатология К.Ш. пытается осмыслить субъективное переживание больного, само развитие переживания (а не только его результат), а также биографию и развитие личности методом психологического понимания и со времен Ясперса уже осуществила скачок от объективного к субъективному и переживательному(113, S. 6), то критика по поводу того, что классическая психопатология во врачебной ситуации может мешать общению (6, 7), касается скорее крепелиновской психиатрии. Благодаря взаимообусловленности дескриптивно-феноменологи-ческого метода и метода генетического понимания психопатолог, по убеждению К.Ш., всегда является одновременно дистанцированным *и* участвующим врачом, который не только наблюдает и констатирует признаки болезни, но и делает самого себя инструментом исследования, пытается вникнуть в сущность и воспроизвести то, “как душевное с очевидностью проистекает из душевного” (73). Характерна “феноменологическая установка” Ясперса, когда исследователь путем психопатологического обследования старается понять и описать переживания пациента на основе его самохарактеристик; поиск соответствующей

специальной терминологии, по мнению К.Ш., является для клинической психопатологии второстепенным.

С помощью шнайдеровской психопатологии можно также обнаружить столь *понятные причинные связи в психозах,* связи, которые ведут от здоровой личности к больной бредом, и показать, почему при определенной личности и биографии бред выглядит именно так и каждый больной формирует свой бред присущим ему способом. Последние ступени бредовых восприятии не осуществляются без “бредовой работы”, без процессов переработки, которые пользуются материалом всей биографии. Конкретизации при этом могут касаться давно минувших ошибок (121), или субъективно веских промахов, переживаемых пациентом с чувством вины (аналогично чувствам моральной вины за поступки и упущения в циклотимной депрессии — 125), или же переживаний обиды (61. S.93, 103). Течение болезни позволяет проследить, как первичные по времени реактуализации биографического конфликтного материала позднее подтверждаются ложными представлениями, или наоборот — связанные с Я ложные представления вторично по времени подтверждаются актуализациями, которые являются здесь продуктом связанной с личностью и биографией тенденции к переработке и преодолению путем конкретизации. В активных стадиях психотической фазы часто обнаруживается абсолютная бредовая уверенность относительно связи с собственным Я, однако отсутствует уверенность и неизменность относительно какого-то определенного, конкретного смысла. Способность к коррекции касается более личностной, биографически понятной, но не соматогенной части бредового восприятия, основополагающего нарушения хода переживаний связи с собственной персоной. Уже из-за дисперсии конкретизации нельзя неограниченно толковать бредовые восприятия 3-й ступени, в которых пациент как раз не дос-

тигает окончательной ясности и прозрачности, как полученное благодаря "опоре в конкретном" успокоение ("компенсаторная функция бреда", по BINSWANGER'у — 8). Можно, однако, с помощью психопатологии К.Ш. и характерного для нее сочетания аналитико-описательного метода с методом генетического понимания показать, что конкретизации являются выражением "бредовой работы" и при этом также нормально-психологической потребности в "опоре в конкретном". "Стремление приблизиться к форме" является (и это согласуется с психопатологией, опирающейся на анализ бытия, которая, по мнению К.Ш., является продолжением феноменологической психопатологии средствами хайдеггеровского анализа бытия — 114, S.28) выражением процесса переработки, который принадлежит человеку как человеку, то есть в том числе и человеку, больному шизофренией, а не процессу болезни как таковому ("амальгамирование с антропологической матрицей" — см. 61, S.100).

"Паранойя", или "парафрения", является для К.Ш. (краевым) типом шизофренических психозов, который лишь в очень редких случаях не отличается от аномальных развитии личности (113, S.43). Новейшие исследования подтверждают, что паранойя (см. также 65), если принять во внимание длящееся десятилетиями течение, встречается крайне редко (1,8%), и здесь тоже наряду с бредом всегда обнаруживаются и другие шизофренические симптомы (нарушения аффектов, контактов и выражения, коэнестезия, расстройства мышления — 29).

Инициирование эндогенных, прежде всего циклотимных, психозов переживаниями, "острыми психическими потрясениями" не вызывает у К.Ш. сомнения. Даже если некоторые моменты, считающиеся возбудителями, — например, "затяжные конфликты" или "expressed emotions" близких лиц — могут быть уже след-

ствием, а не фактором, возбуждающим заболевание, и долгие продромы, вероятно, значительно способствуют возникновению конфликтных жизненных ситуаций (см. 124), инициирование первых и повторных психотических манифестаций психическими факторами имеет место чаще, чем это предполагалось традиционной психиатрией. Согласно боннским исследованиям, психореактивное возбуждение наблюдалось в 25% первых психотических манифестаций и в 29% повторных (63, S.68), причем типичных или совершенно специфических ситуаций, послуживших поводом, обнаружено не было. Гипотеза К.Ш. о том, что дело здесь в “воздействии аффективного на телесное”, то есть “слепого аффективного удара” — слепого в отношении патогенетического конечного отрезка сомато-вегетативного переключающего действия аффективности (Э.Блейлер), — не исключает, а напротив, подразумевает, что переживание само по себе является вполне смыслосодержащим и, в зависимости от его субъективного веса для того или иного индивидуума, в значительной степени определяет интенсивность эмоционального действия: приведенные им в движение воздействия на биологическую подпочву, в конечном счете ответственные за освобождение от переживания, “в смысловом плане слепы”.

То, *что расстройства памяти и внимания* при эндогенных психозах, особенно при шизофрениях, не имеют значения, последними психологическими и психиатрическими исследованиями было поставлено под сомнение (31,53,63,119). Безусловно, у части больных шизофренией встречаются познавательные нарушения мышления, восприятия и поведения (см. 22, 57), которые гипотетически объясняются ослаблением фильтрующей функции, утратой иерархии привычек с нарушением целенаправленного извлечения накопленного опыта из долговременной памяти. С помощью пси-

хологического тестирования в пост- и предпсихотических базисных стадиях были обнаружены значительные отклонения от нормы по сравнению со здоровыми и полностью ремиттировавшими больными шизофренией (31), а также нарушения ультракратковременной памяти (74, 118, 119; см. также 53).

III. *Иерархия симптомов при постановке диагноза. Оценка самохарактеристик. Шизофренические симптомы 1-го ранга. Диагностический анализ депрессивных состояний. Промежуточные случаи.*

Рассматривая шнайдеровскую теорию об *иерархии симптомов при постановке диагноза,* необходимо вновь уяснить себе, что при шизофрениях и циклотимиях, строго говоря, нельзя вести речь о “диагнозах”. В равной степени это относится к другим симптоматологическим образованиям в рамках эндогенных психозов: диагностическое “является” существует только в отношении соматологического ряда. Не вызывающие сомнений аномальные *способы переживания 1-го ранга* имеют для диагноза приоритет перед *симптомами 2-го ранга* и так называемыми *симптомами выражения* в широком смысле по К.Ш. Правда, описания переживаний, ввиду трудностей транспонирования психотических способов переживания в речь, не следует воспринимать слишком буквально и трактовать с точки зрения нормальной психологии. К тому же К.Ш. обращает наше внимание на то, то они всегда вписаны не только в психотические, но и в биографические взаимосвязи. Поэтому в психопатологическом плане интересно также, помимо отдельных феноменов, их постоянное единство — подход, который был разработан JANZARIK'ZOM в рамках его динамико-структурнопсихологической концепции (67, 68). Можно, однако, исходить из того — и это фундамент деск-

риптивной психопатологии, — что одинаково изложенные нарушения согласуются также в отношении переживания. Приоритет аномального способа переживаний (перед “аномальным выражением”) является, на наш взгляд, наряду с независимостью диагноза от прогноза, одним из преимуществ шнайдеровской концепции шизофрении. В определенной степени методологическая диагностика эндогенных психозов была дополнена установлением конкретных симптомов, в особенности симптомов 1-го ранга, которые не имеют аналогий в непсихотической душевной жизни и поэтому используются также в качестве признаков для гипотезы болезни (114, S.23). Значение симптомов 1-го ранга для диагноза шизофрении, а также шизоаффективных и аффективных психозов оживленно дискутировалось, в частности, в англоязычной психиатрии (см. 33, 75 , 83, 84, 86, 97, 98, 100).

Полную ремиссию с разрешающим объективированном и действительным сознанием болезни К.Ш. считает при шизофренических психозах с симптомами 1-го ранга очень редким явлением. Долговременные исследования показали, что диагностированные по К.Ш. или по Э. и М. Блейлерам шизофрении в 22% случаев после более чем двух десятилетий болезни единодушно обнаружили психопатологически полную и стойкую ремиссию (10, 11, 63). Боннские исследования подтвердили, что и шизофрении с симптомами 1-го ранга могут психопатологически полностью ремиттировать (19%). Однако *долгосрочный* психопатологический *прогноз шизофрений,* которые в общем течении обнаруживают лишь симптомы 2-го ранга и симптомы выражения (20%), благоприятнее (35% полных ремиссий и только 15% характерно-шизофренических дефектных психозов), чем прогноз шизофрении (80%) с симптомами 1-го ранга (см. 63). Впрочем, симптомы 1-го ранга — и это относится ко всем факторам прогноза — прогностически

“не являются безоговорочно применимыми”. Это означает, что встречаться может все и везде, например, полное выздоровление или выход в типично шизофренические дефектные психозы при шизофрениях с симптомами 1-го ранга или без них, но при статистической обработке больших коллективов проявление симптомов 1-го ранга по сравнению с их отсутствием в общем течении прогностически неблагоприятно.

Из отдельных симптомов 1-го ранга лишь начальное проявление слуховых галлюцинаций 1-го ранга является для долгосрочного прогноза характерно неблагоприятным, тогда как неузнавание людей и бредовые восприятия в начале заболевания прогностически благоприятны (63, S.283; см. также 85). Эти данные могут частично подкрепить тезис JANZARJK'A о направлении течения болезни от бреда к галлюцинозу. Однако бред может проявиться впервые и после начальной психотической стадии. Так, бредовые восприятия столь же часто проявляются в первый раз лишь в дальнейшем течении после начальной стадии. Для оценки диагностического значения симптомов 1-го ранга важно, что все они, за исключением бредового восприятия, чаще проявляются лишь спустя первые 6 месяцев, чем уже в первые полгода после первой психотической манифестации (63, S.78; см. также 97).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Английский перевод “Клинической психопатологии” (5-го издания) и “Психопатологических личностей” появился только в 1959 году, через пять лет после ухода в отставку К.Шнайдера, который не только после занятия кафедры в Гейдельберге в 1946 году, но и уже в мюнхенский период, будучи директором Клинического института Немецкого научно-исследовательского центра психиатрии (с 1931 года), как отмечал HOENIG (32),

считался одним из ведущих психиатров немецкоязычных стран, а также континентально-европейской, латиноамериканской и японской психиатрии. Но и после выхода англоязычных изданий обеих его книг в Северной Америке была воспринята лишь относительно небольшая часть его научного труда — та, которая касается диагностики шизофрении и симптомов 1-го ранга (см. 82, 87, 91). Этим объясняются, по мнению Hoenig'a, многие проблемы, в основе которых лежат недоразумения и недостаточное знакомство с научной деятельностью К.Ш. и которых при лучшем знании его психиатрии можно было бы избежать, если бы существовал новый англоязычный перевод последнего составленного К.Ш. (8-го) издания "Клинической психопатологии". Потому что и учебное пособие К.Ш., как и учебник Крепелина, подвергалось постоянным и основательным изменениям в каждом из быстро следующих друг за другом переизданиях его "Клинической психопатологии", и можно с уверенностью предположить, что более поздние издания содержали бы новые изменения, если бы смерть не положила конец работе этого постоянно созидающего духа (см. 32, p.393). Между тем К.Ш., наряду с Крепелином, и в североамериканской психиатрии является одним из наиболее цитируемых европейских психиатров, несмотря на отсутствие истинного и полного понимания его научного труда, "глубокого постижения его общего подхода к психиатрии", которое только и могло создать предпосылки для плодотворного и критического обсуждения его позиций (32). Англоязычное изложение жизни и деятельности К.Ш. было дано в работах "Курт Шнайдер и англоязычная психиатрия" (32) и "Курт Шнайдер. Человек и его научная работа" (52).

Неприятие раз навсегда установленных, передаваемых из поколения в поколение доктрин, в том

числе и психопатологии К.Ш., которое является общим для некоторых новых подходов и концепций, прежде всего в психиатрии немецкоязычных стран (см. 6, 7, 19), какими бы разными ни были проложенные ими пути к преодолению классической психопатологии Ясперса и Шнайдера, не было чуждо и самому К.Ш., который неустанно пересматривал свои взгляды с помощью клинического опыта. Его клиническая психопатология в основе своей недогматична и гораздо более гибка, чем это некоторыми виделось и изображалось. В своих последних работах К.Ш. старался критически подходить к собственным позициям и разными способами побуждал к дальнейшему обдумыванию основных вопросов психиатрии, которые частично (например, психофизическую проблему) считал метафизическими в духе Николая Хартмана (114, S.10; см. также 5). В позднейших переизданиях "Клинической психопатологии" последовали еще более далеко, чем прежде, идущие ослабление, критика и развитие исходных позиций, "некоторое расслабление нашей систематики", как написал К.Ш. в предисловии к 5-ому изданию в 1958 году. Безусловно, клиническая психопатология К.Ш. — это не итог и не кодификация. Для него психиатрия осталась недостроенным зданием, будущая форма которого еще не вырисовалась (109). К его собственной психиатрии можно отнести слова, сказанные им о психиатрии Крепелина: "Забитые им сваи стоят; если они колеблются, то не из-за своей шаткости, а из-за своей гибкости" (115; см. также 52).

ЛИТЕРАТУРА

1. **Alsen V., B. Gremse, H.-L. Krober**: Symptomatische Schizophrenien und Zyklothymien — phanomenologische Uberschneidung organischer und endogener Psychosyndrome? In: Endogene Psycho-

sen: Diagnostik, Basissymptome und biologische Parameter. Hrsg. von G. Huber. Schattauer, Stuttgart 1982
2. **Angst J.**: Verlauf unipolar depressiver, bipolar manisch-depressiver und schizoaffektiver Erkrankungen und Psychosen. Ergebnisse einer prospektiven Studie. Fortschr. Neurol. Psychiat. 48 (1980) 3-30
3. **Armbruster B., G. Gross, G. Huber**: Long-term prognosis and course of schizoaffective, schizophreniform and cycloid psychoses. Psychiatr. Clin. 16 (1983) 156-168
4. **Armbruster B., G. Huber**: Die zykloiden und schizoaffektiven Psycho sen der Bonner Schizophrenie-Studie. In: Zur Klassifikation endogener Psychosen. Hrsg. von K. Seidel, K.-J. Neumarker, H. A. F. Schulze. Hirzel, Leipzig 1986
5. **Baeyer W. v.**: Kurt Schneider f. Ruperto-Carola 42 (1967) 122-123
6. **Baeyer W. v.**: Die Rolle der Psychopathologie. In: Diagnostische und therapeutische Methoden in der Psychiatric. Hrsg. von Th. Vogel, J. Vliegen. Thieme, Stuttgart 1967
7. **Baeyer W. v.**: Wahnen und Wahn. Enke, Stuttgart 1979
8. **Binswanger L.**: Schizophrenie. Neske, Pfullingen 1957
9. **Bleuler E.**: Lehrbuch der Psychiatric. Neu bearb. von M. Bleuler, 14. Aufl. Springer, Berlin 1979
10. **Bleuler M.**: Die schizophrenen Geistesstorungen im Lichte langjahriger Kranken- und Familiengeschichten. Thieme, Stuttgart 1972
11. **Bleuler M., G. Huber, G. Gross, R. Schuttler**: Der langfristige Verlauf schizophrener Psychosen. Gemeinsame Ergebnisse zweier Untersuchungen. Nervenarzt 47 (1976) 477-481
12. **Bogerts B.**: Schizophrenien als Erkrankungen des limbischen Systems. In: Basisstadien endogener Psychosen und das Borderline-Problem. Hrsg. von G. Huber. Schattauer, Stuttgart 1985
13. **Bronisch F. W.**: Himatrophische Prozesse im mittleren Lebensalter und ihre psychischen Erscheinungsbilder. Thieme, Stuttgart 1951
14. **Bronisch F. W.**: Die Grenzen des Spezifischen im klinischen Bereich. Dtsch. med. Wschr. 79 (1954) 576-579
15. **Conrad K.**: Die beginnende Schizophrenie. Versuch einer Gestaltanalyse des Wahns. Thieme, Stuttgart 1958
16. **Degkwitz R.**: Die psychogenen Psychosen. Eine Ubersicht uber die klinischen Bilder, die Genese, Prognose und Therapie. Fortschr. Neurol. Psychiat. 53 (1985) 22-28
17. **Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Storungen.** 3. Aufl. (DSM-III). Deutsche Bearbeitung und Einfuhrung von K. Koehler, H. SaB. Beitz, Weinheim 1984
18. **Fukuda T., H. Mitsuda** (eds.): World issues in the problems of schizophrenic psychoses. Igaku Shoin, Tokyo 1979
19. **Glatzel J.**: Allgemeine Psychopathologie. Enke, Stuttgart 1978

20. **Glatzel J., G. Huber**: Zur Phanomenologie eines Typs endogener juvenil-asthenischer Versagenssyndrome. Psychiatr. Clin. 1 (1968) 15-31
21. **Gross G.**: Prodrome und Vorpostensyndrome schizophrener Erkrankungen. In: Schizophrenie und Zyklothymie. Hrsg. von G. Huber. Thieme, Stuttgart 1969
22. **Gross G.**: Bonner Untersuchungsinstrument zur standardisierten Erhebung und Dokumentation von Basissymptomen fBSABS). In: Basisstadien endogener Psychosen und das Borderline-Problem. Hrsg. von G. Huber. Schattauer, Stuttgart 1985
23. **Gross G., G. Huber**: Sensorische Storungen bei Schizophrenien. Arch. Psychiat. Nervenkr. 216 (1972) 119-130
24. **Gross G., G. Huber**: Schizophrenie - eine provisorische {Convention. Zur Problematik einer Nosographie der Schizophrenien. Psychiatr. Prax. 5 (1978) 93-105
25. **Gross G., G. Huber**: Depressive Syndrome im Verlauf von Schizophrenien. Fortschr. Neurol. Psychiat. 48 (1980) 438-446
26. **Gross G., G. Huber**: Symptomatische Psychosen. In: Klinik der Gegenwart. Handbuch der praktischen Medizin. Bd. II (Neufassung). Hrsg. von H. E. Bock, W. Gerok, F. Hartmann. Urban &: Schwarzenberg, Mflnchen 1984
27. **Gross G., G.Huber, B.Annbruster:** Schizoaffective psychoses — long-term prognosis and symptomatology. In: The Schizoaffective Psychoses. Ed. by A. Mameros, M. T. Tsuang. Springer, Berlin 1986
28. **Gross G., G. Huber, R. Schiittler:** Peristatische Faktoren im Beginn und Verlauf schizophrener Erkrankungen. Arch. Psychiat. Nervenkr. 215 (1971) 1-7
29. **Gross G., G. Huber, R. Schiittler:** Wahn, Schizophrenie und Paranoia. Nervenarzt 48 (1977) 69-71
30. **Gross G., R. Schiittler** (Hrsg.): Empirische Forschung in der Psychiatrie. Schattauer, Stuttgart 1982
31. **Hasse-Sander I., G. Gross, G. Huber, S. Peters, R. Schiittler:** Testpsychologische Untersuchungen in Basisstadien und reinen Residualzustanden schizophrener Erkrankungen. Arch. Psychiat. Nervenkr. 231 (1982) 235-249
32. **Hoenig J.:** Kurt Schneider and Anglophone psychiatry. Compr. Psychiatry 23 (1982) 391-400
33. **Hoenig J.:** Schneiders first rank symptoms and the tabulators. Compr. Psychiatry 25 (1984) 77-87
34. **Huber G.:** Zur nosologischen Differenzierung lebensbedrohlicher katatoner Psychosen. Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat. 74(1955) 216-244
35. **Huber G.:** Das Wahnproblem (1939 bis 1954). Fortschr. Neurol. Psychiat. 23 (1955) 6-58

36. **Huber G.:** Pneumencephalographische und psychopathologische Bilder bei endogenen Psychosen. Springer, Berlin 1957
37. **Huber G.:** Die coenasthetische Schizophrenie. Fortschr. Neurol. Psychiat. 25 (1957) 491-520
38. **Huber G.:** Chronische Schizophrenie. Synopsis klinischer und neurora-diologischer Untersuchungen an defektschizophrenen Anstaltspatienten. Hiithig, Heidelberg 1961
39. **Huber G.:** Zur klinischen Diagnose sporadischer Spontanencephalitiden. Nervenarzt 32 (1961)491-497
40. **Huber G.:** Wahn (1954 bis 1963). Fortschr. Neurol. Psychiat. 32 (1964) 429-489
41. **Huber G.:** Reine Defektsyndrome und Basisstadien endogener Psychosen. Fortschr. Neurol. Psychiat. 34 (1966) 409-426
42. **Huber G.:** Verlaufsprobleme schizophrener Erkrankungen. Schweiz. Arch. Neurol. Neurochir. Psychiat. 101 (1968) 346-368
43. **Huber G.:** Die coenasthetische Schizophrenie als ein Pragnanztyp schizophrener Erkrankungen. Acta Psychiat. Scand. 47 (1971) 349-362
44. **Huber G.:** Forschungsrichtungen und Lehrmeinungen in der Psychologie. In: Handbuch der forensischen Psychiatrie, Bd. I/B. Hrsg. von H. Goppinger, H. Witter. Springer, Berlin 1972
45. **Huber G.:** Klinik und Psychopathologie der organischen Psychosen. In: Psychiatrie der Gegenwart, Bd. II, 2. Aufl. Hrsg. von K. P. Kisker, J.-E. Meyer, C. Miiller, E. Stromgren. Springer, Berlin 1972
46. **Huber G.:** Psychopathologie der Epilepsien. In: Psychische Storungen bei Epilepsien. Hrsg. von H. Penin. Schattauer, Stuttgart 1973
47. **Huber G.:** Differentialdiagnose und Therapie der larvierten Depression. Monatsk. iirztl. Forth. 23 (1973) 114-119
48. **Huber G.:** Die klinische Psychopathologie von Kurt Schneider. In: Psychopathologie als Grundlagenwissenschaft. Hrsg. von W. Janzarik. Enke, Stuttgart 1979
49. **Huber G.:** Neuere Ansatze zur Uberwindung des Mythos von den sogenannten Geisteskrankheiten. Fortschr. Neurol. Psychiat. 47 (1979) 449-465
50. **Huber G.:** Psychiatrie. Systematischer Lehrtext fur Studenten und Arzte, 3. Aufl. Schattauer, Stuttgart 1981
51. **Huber G.:** Moglichkeiten und Grenzen der klassischen Psychopathologie am Beispiel der Wahnforschung. In: Psychopathologische Konzepte der Gegenwart. Hrsg. von W. Janzarik. Enke, Stuttgart 1982
52. **Huber G.:** Kurt Schneider. The man and his scientific work. Zbl. Neurol. Psychiatr. (im Druck-Januar 1987)

53. **Huber G.:** Das Konzept substratnaher Basissymptome und seine Bedeutung fur Theorie und Therapie schizophrener Erkrankungen. Nervenarzt 54 (1983) 23-32
54. **Huber G.:** Organische und symptomatische Psychosen. In: Handworterbuch der Psychiatrie. Hrsg. von R. Battegay, J. Glatzel, W. Poldinger, R. Rauchfleisch. Enke, Stuttgart 1984
55. **Huber G.:** Die Bedeutung von Karl Jaspers fur die Psychiatrie der Gegenwart. Nervenarzt 5 5(1984) 1-9
56. **Huber G.** (Hrsg.): Basisstadien endogener Psychosen und das Borderline-Problem. Schattauer, Stuttgart 1985
57. **Huber G.:** Newer concepts of basic disorders and basic symptoms in endogenous psychoses: Introduction. In: Psychiatry: The State of the Art, Vol. 1. Ed. by P. Pichot, P. Bemer, R. Wolf, K. Thau. Plenum Press, London 1985
58. **Huber G.:** Zum psychopathologischen Begriffund zur Klinik der Demenzen. Nervenheilk. 4 (1985) 128-135
59. **Huber G., J. Glatzel, E. Lungershausen:** Uber zyklothyme Residualsyndrome. In: Melancholie in der Forschung, Klinik und Behandlung. Hrsg. von W. Schulte, W. Mende. Thieme, Stuttgart 1969
60. **Huber G., G. Gross:** Schizophrenie und PseudoSchizophrenie. In: Das arztliche Gesprach. Tropon, Koln 1974
61. **Huber G., G. Gross:** Wahn. Eine deskriptiv-phanomenologische Untersuchung schizophrenen Wahns. Enke, Stuttgart 1977
62. **Huber G., G. Gross:** Zwangssyndrome bei Schizophrenie. Schwerpunktmed. 5(1982) 12-19
63. **Huber G., G. Gross, R. Schiittler:** Schizophrenie. Eine verlaufs- und sozialpsychiatrische Langzeitstudie. Springer, Berlin 1979
64. **Huber G., H. Penin:** Klinisch-elektroencephalographische Korrelations-untersuchungen bei Schizophrenen. Fortschr. Neurol. Psychiat. 36 (1968) 641-659
65. **Janzarik W.:** Die “Paranoia (Gaupp)”. Arch. Psychiat. Z. Neurol. 183 (1949/ 50) 328-382
66. **Janzarik W.:** Der Wahn schizophrener Pragung in den psychotischen Episoden der Epileptiker und die schizophrene Wahnwahmehmung. Fortschr. Neurol. Psychiat. 23 (1955) 533-546
67. **Janzarik W.:** Dynamische Grundkonstellationen in endogenen Psychosen. Ein Beitrag zur Differentialtypologie der Wahnphanomene. Springer, Berlin 1959
68. **Janzarik W.:** Der Wahn in strukturdynamischer Sicht. Studium Generale 20 (1967) 628-638
69. **Janzarik W.:** Schizophrene Verlaufe. Eine strukturdynamische Interpretation. Springer, Berlin 1968

70. **Janzarik W.:** Nosographie und Einheitspsychose. In: Schizophrenie und Zyklothymie. Hrsg. von G. Huber. Thieme, Stuttgart 1969
71. **Janzarik W.:** Die Krise der Psychopathologie. Nervenarzt 47 (1976) 73-80
72. **Janzarik W.:** Der schizoaffektive Zwischenbereich. Nervenarzt 51 (1980) 272-279
73. **Jaspers K.:** Allgemeine Psychopathologie, 4. Aufl. Springer, Berlin 1946
74. **Jost K.:** Storungen des unmittelbaren Behaltens bei Schizophrenien. Inaug.-Diss., Frankfurt 1979
75. **Kendell R. E.:** Which Schizophrenia? In: Basisstadien endogener Psychosen und das Borderline-Problem. Hrsg. von G. Huber. Schattauer, Stuttgart 1985
76. **Kielholz P.:** Diagnose und Therapie der Depressionen fur den Praktiker, 3. Aufl. Lehmann, Munchen 1971
77. **Kisker K. P.:** Der Eriebniswandel des Schizophrenen. Springer, Berlin 1960
78. **Kisker K. P.:** Kurt Schneider t. Nervenarzt 39 (1968) 97-98
79. **Kisker K.P., L. Strotzel:** Zur vergleichenden Situationsanalyse beginnender Schizophrenien und eriebnisreaktiver Entwicklungen bei Jugendlichen. Arch. Psychiat. Z. Neurol. 202 (1961) 1-30 und 203 (1962) 26-60
80. **Klosterkotter.J.:** Die Epilepsiepsychosen. Zbl. Neurol. Psychiatr. 241 (1984) 637-653
81. **Klosterkotter J., G. Huber:** Was heiBt Demenz? Wandlungen des Demenzbegnffs 1960-1984. Zhi. Neurol. Psychiatr. 242 (1985) 315-329
82. **Koehler K.:** Die altere Heidelberger Psychiatric. Einige Aspekte ihrer Aktualitat in der modernen anglo-amerikanischen Forschung. In: Psychopathologie als Grundlagenwissenschaft. Hrsg. von W. Janzarik. Enke, Stuttgart 1979
83. **Koehler K.:** First rank symptoms of schizophrenia: questions concerning clinical boundaries. Brit. J. Psychiatry 134 (1979) 236-248
84. **Koehler K.:** Konzepte und Kriterien der Schizophreniediagnose in der gegenwartigen englischsprachigen Psychiatric. In: Schizophrenie. Stand und Entwicklungstendenzen der Forschung. Hrsg. von G. Huber. Schattauer, Stuttgart 1981
85. **Koehler K.:** Symptome 1. Ranges und die Prognose der Schizophrenie: Wichtige Aspekte eines aktuellen Forschungsproblems. In: Endogene Psychosen: Diagnostik, Basissymptome und biologische Parameter. Hrsg. von G, Huber. Schattauer, Stuttgart 1982

86. **Koehler K., W. Guth:** First rank symptoms of schizophrenia in Schneider-oriented German centers. Arch. Gen. Psychiatry 34 (1977) 810-813
87. **Koehler K., C. Jacoby:** Schneider-oriented psychiatric diagnosis in Germany compared with New York and London. Compr. Psychiatry 19 (1978) 19-26
88. **Koehler K., H. SaB:** Pathoaffektivitat, Basissymptome und das Borderline. Eine kritische Bestandsaumahme. In: Basisstadien endogener Psychosen und das Borderline-Problem. Hrsg. von G. Huber. Schattauer, Stuttgart 1985
89. **Koehler K„ H. Sauer:** Huber's basic symptoms: another approach to negative psychopathology in schizophrenia. Compr. Psychiatry 25 (1984) 174-182
90. **Koehler K., I. Seminario:** Research diagnosable "schizoaffective" disorder in Schneideria "first rank" schizophrenia. Acta Psychiat. Scand. 60 (1979) 347-354
91. **Koehler K., F. Steigerwald:** Consistency of Kurt Schneider-oriented diagnosis over 40 years. Arch. Gen. Psychiatry 34 (1977) 51-55
92. **Kretschmer E.:** Der sensitive Beziehungswahn. 4. Aufl. Hrsg. von W. Kretschmer. Springer, Berlin 1966
93. **Langfeldt G.:** The prognosis in schizophrenia. Acta Psychiat. Scand., Suppi. 110(1956)7-66
94. **Leonhard K.:** Aufteilung der endogenen Psychosen in der Forschungsrichtung von Wemicke und Kleist. in: Psychiatric der Gegenwart, Bd. 11 /1,2. Aufl. Hrsg. von K. P. Kisker, J. E. Meyer, C. Muller, E. Stromgren. Springer, Berlin 1972
95. **Lersch Th.:** Aufbau der Person, 5. Aufl. Barth, Munchen 1952
96. **Mameros A.:** Kurt Schneider's "Zwischen-Falle", "mid-cases" or "cases in between". Psychiatr. Clin. 16 (1983) 87-102
97. **Marneros A.:** Frequency of occurrence of Schneider's first rank symptoms in schizophrenia. Eur. Arch. Psychiatr. Neurol. Sei. 234 (1984) 78-82
98. **Mameros A., M.T. Tsuang** (eds.): The Schizoaffective Psychoses. Springer, Berlin 1986
99. **Matussek P.:** Untersuchungen iiber die Wahnwahmehmung. 1. Mitteilung: Veranderungen der Wahmehmungs-welt bei beginnendem primarem Wahn. Arch. Psychiat. Z. Neurol. 189 (1952) 279-319; 2. Mitteilung: Die aufeinem abnormen Vorrang von Wesenseigenschaften beruhenden Eigentiimlichkeiten der Wahnwahmehmung. Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat. 71 (1953) 189-210
100. **Mellor C. S.:** The present status of first-rank symptoms. Brit. J. Psychiatry 140 (1982) 423-424

101. **Penin H., G. Gross, G. Huber:** Elektroenzephalographisch-psychopatho-logische Untersuchungen in Basisstadien endogener Psychosen. In: Endogene Psychosen: Diagnostik, Basissymptome und biologische Parameter. Hrsg. von G. Huber. Schattauer, Stuttgart 1982
102. **Peters U. H.:** Das exogene paranoid-halluzinatorische Syndrom. Bibl. Psychiat. Neurol. (Karger, Basel) Fasc. 131 (1967)
103. **Petrilowitsch N.:** Abnorme Personlichkeiten. 3. Aufl. Karger, Basel 1966 (1. Aufl.1960)
104. **Pope H.G., J.F. Lipinski:** Diagnosis in schizophrenia and manic depressive illness. Arch. Gen. Psychiatry 35 (1978) 811-828
105. **Popper E.:** Der schizophrene Reaktionstypus. Z. Neurol. Psychiat. 62 (1920) 194-207
106. **Rennert H.:** Zum Modell "Universalgenese der Psychosen" — Aspekte einer unkonventionellen Auffassung der psychischen Krankheiten. Fortschr. Neurol. Psychiat. 50 (1982) 1-29
107. **Retterstol N.:** The Scandinavian concept of reactive psychosis, schizophreniform psychosis and schizophrenia. Psychiatr. Clin. IT (1978) 180-187
108. **Rumke H. C.:** Die klinische Differenzierung innerhalb der Gruppe der Schizophrenien. Nervenarzt 29 (1958) 49-53
109. **Scheid W.:** Gedenkrede aufKurt Schneider. Ruperto-Carola 43/44 (1968) 7-14
110. **Scheid W.:** Lehrbuch der Neurologie, 5 Aufl., Thieme, Stuttgart 1983
111. **Schneider K.:** Beitrage zur Psychiatrie. Thieme, Wiesbaden 1946
112. **Schneider К.:** Die psychopathischen Personlichkeiten, 9. Aufl. Deuticke, Wien 1950
113. **Schneider К.:** Uber den Wahn. Thieme, Stuttgart 1952
114. **Schneider К.:** Psychiatrie heute. Thieme, Stuttgart 1952
115. **Schneider К.:** Kraepelin und die gegenwartige Psychiatrie. Fortschr. Neurol. Psychiat.24 (1956) 1-7
116. **Slater E., A.W. Beard, E. Glithero:** Schizophrenia-like psychoses of epilepsy. Int. J.Psychiatr. 1 (1965) 6-30
117. **Stromgren E.:** Psychogenic psychoses. In: Themes and Variations in European Psychiatry. Ed. by S. Hirsch, M. Shepherd. Wright, Bristol 1974
118. **Sullwold F.:** Zur Phaenomenologie und Bedeutung des unmittelbaren Konfigurationsgedachtnisses. Z. Exp. Angew. Psychol. 27 (1980) 26-43
119. **Sullwold L.:** Symptome schizophrener Erkrankungen. Uncharakteristische Basisstorungen. Springer, Berlin 1977
120. **Sullwold, L., G. Huber:** Schizophrene Basisstorungen. Springer, Berlin 1986

121. **Tellenbach H.:** Melancholic. Problemgeschichte, Endogenitat, Typologie, Pathogenese, Klinik, 3. Aufl. Springer, Berlin 1976
122. **Weitbrecht H.J.:** Zur Frage der Demenz. In: Psychopathologie heute. Hrsg. von H. Kranz. Thieme, Stuttgart 1962
123. **Weitbrecht H.J.:** Kurt Schneider 80 Jahre - 80 Jahre Psychopathologie. Fortschr. Neurol. Psychiat. 35 (1967) 497-515
124. **Weitbrecht H.J.:** Was heifit multikonditionale Betrachtungsweise bei den Schizophrenien? In: Atiologie der Schizophrenien. Bestandsaufnahme und Zukunftsperspektiven. Hrsg. von G. Huber. Schattauer, Stuttgart 1971
125. **Weitbrecht H.J.:** Depressive und manische endogene Psychosen. In: Psychiatrie der Gegenwart, Bd. 11/1, 2. Aufl. Hrsg. von K. P. Kisker, J.-E. Meyer, C. Muller, E. Stromgren. Springer, Berlin 1972
126. **Weitbrecht H.J.:** Psychiatrie im GrundriB, 3. Aufl. Springer, Berlin 1973
127. **Weizsacker V. v.:** Studien zur Pathogenese, 2. Aufl. Thieme, Wiesbaden 1946
128. **Wieck H.H.:** Lehrbuch der Psychiatrie. 2. Aufl. Schattauer, Stuttgart 1977